Rok XXVI. Kraków, 12 Listopada 1887. Nr. 46.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń.
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethuera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Z kliniki chirurgicznéj prof. Kosińskiego w Warszawie.

Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych.

(Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego d. 27 września 1887 roku).

Podał
Karol Zagórski,
asystent téjże kliniki.

Szanowni Panowie!

Dział chirurgii jamy brzusznéj, o którym dziś mówić zamierzam, nie należy właściwie do nowszych. Thudichum opowiada, że już w dziele Fabriciusa Hildena znajdujemy wzmiankę, że Johannes Fabricius w 1612 r. wydobył za życia u 70-letniego starca dwa duże kamienie żółciowe, a Ettmüller [1]) nadmienia, że kandydat medycyny niewiadomego nazwiska w uniwersytecie w Leydzie około 1680 r. wyciął u psa pęcherzyk żółciowy, a zwierzę w 3 miesiące po dokonanéj operacyi było zupełnie zdrowém. Spostrzeżenie jednak podane przez Hildena, po sprawdzeniu w oryginale dzieła, którego egzemplarz biblijoteka naszego Towarzystwa posiada, okazuje się bardzo luźnie skreśloném [2]) i rozmaicie tłumaczyć się daje, a wzmianka u Ettmüllera dotyczy faktu bardzo na owe czasy ciekawego, ale który na razie nie miał żadnéj doniosłości w zastosowaniu praktyczném. Nie można tego powiedzieć o ogłoszonych blisko 1½ wieku temu genialnych spostrzeżeniach i uwagach Petita, które nie tylko wówczas już dostatecznie uzasadniały potrzebę chirurgicznéj interwencyi w cierpieniach dróg żółciowych, ale nadto co ważniejsza, w ogólnych zarysach podały zasady, na jakich się racyjonalnie w tym względzie postępowanie chirurgiczne opierać winno. Tak Petit jednak, jak i liczni spadkobiercy myśli i następcy prac jego w tym względzie, krępowani byli zawsze przy wskazaniach operacyjnych nierozdzielną dla nich z otworzeniem jamy brzusznéj obawą, która dopiero wraz z wprowadzeniem antyseptyki do chirurgii ustąpiła. Od tego téż czasu rozpoczął się w téj mierze racyjonalny postęp, a cały szereg badaczów coraz to nowe udoskonalenia i pomysły na téj gałęzi wiedzy lekarskiéj zakarbował. Do przedmiotu tego pozwolę sobie jeszcze powrócić, aby szczegółowiéj postęp pojęć w tym względzie rozpatrzeć, przedtém jednak muszę zdać krótką sprawę z dwóch spostrzeganych przezemnie przypadków, które mnie do podjęcia dzisiejszego sprawozdania skłoniły.

I. W początku listopada 1886 r. zgłosiła się po poradę do prof. Kosińskiego pani Julija B., 33 lat licząca. Pani B. opowiada, że po raz pierwszy miała regularność w 16 roku życia, że w 21 roku wyszła za mąż i urodziła troje żywych i donoszonych dzieci. Ostatnie dziecko urodziła przed trzema laty. Przebyła nadto 5 poronień. Przed pięciu laty chorowała przez parę miesięcy na żółtaczkę, przyczém cierpiała na silne bóle w prawym boku. Zresztą była zawsze zdrowa. Rok temu dopiero zauważyła w prawym boku niedaleko od pępka guz wielkości pięści, ruchomy i niebolesny, który od tego czasu zaczął się powiększać. Guz ten po dziś dzień zresztą, oprócz uczucia nieznacznego ciążenia, nie sprawia choréj żadnéj dolegliwości; niepokoi ją tylko stopniowy wzrost jego, a przeto chciałaby się go koniecznie pozbyć. Z badania choréj otrzymujemy następujące dane: Osoba średniego wzrostu, prawidłowéj budowy, dobrze odżywiona, jakkolwiek nieco niedokrewna. Serce i płuca zdrowe, trawienie prawidłowe. Przez zwiotczałą ścianę brzuszną ponad pępkiem i nieco z prawéj strony daje się wyczuć wyraźnie guz wielkości dużéj pomarańczy, kulistego kształtu, gładki, sprężysty i chełboczący. Guz ten daje się swobodnie poruszać w dość znacznym promieniu, zarówno na bok jak i ku dołowi. Przy ułożeniu choréj na lewym boku zbacza na lewo, ale po za liniję środkową własnym ciężarem się nie

[1]) Ettmüller. *Opera medica theoretico practica* 1708. *Collegium practicum.* — [2]) Guilhelmii Fabricii Hildani. *Observationum et curationum chirurgicarum centuriae.* Cent. IV p. 77. Obs. XLIV, Lugduni 1641.

przesuwa. Nacisk na guz żadnego bólu choréj nie sprawia. Badanie narządów płciowych nie wykrywa żadnych nieprawidłowości. Przy równoczesném badaniu macicy palcem i poruszaniu guza w rozmaitych kierunkach łączności pomiędzy niemi nie wykrywany. Na zasadzie powyższych objawów prof. Kosiński, wykluczając w danym przypadku guz jajnika lub macicy, dla bliższego określenia niepewnego rozpoznania postanowił wykonać laparotomiję próbną, aby rozpatrzeć dokładnie stan rzeczy i postąpić, jak się tego okaże potrzeba, co też 18 listopada 1886 r. uskutecznił. Cięcie w powłokach brzusznych 10 cm. długie poprowadzono w linii białéj. Dolny koniec cięcia wypadał tuż ponad pępkiem. Wprowadziwszy rękę do jamy brzusznéj prof. Kosiński przekonał się, że opisany guz był przerosłym, rozciągniętym i zgrubiałym pęcherzykiem żółciowym. Po przekłóciu go trójgrańcem wypuszczono zeń około 600 grm. ropiastego niecuchnącego płynu. Opróżniony z zawartości pęcherzyk przepłukano roztworem kw. karbolowego, poczém rozszerzywszy otwór w pęcherzyku o tyle, aby weń palec wskazujący można było wprowadzić, przekonano się, że na dnie pęcherzyka, właściwie już w szyjce pęcherzyka i w początku jego przewodu, zaklinowany jest kamień wielkości tureckiego orzecha. Do kamienia tego dostęp był o tyle swobodny, że od wnętrza pęcherzyka żółciowego można go było końcem palca śledzącego bezpośrednio wyczuć, ze wszystkich zaś innych stron był obciągnięty ściśle doń przystającemi ścianami przewodu pęcherzyka żółciowego. Ściany tego przewodu, podobnie jak i ściany samego pęcherzyka, były skórzastego utkania, silnie zgrubiałe (na rozkroju prawie ½ cm. grube). Pęcherzyk z sąsiedniemi narządami nienormalnych zapalnych zrostów nie przedstawiał. W obec powyższych okoliczności prof. Kosiński postanowił wydobyć uwięźnięty w przewodzie pęcherzykowym kamień, a sam pęcherzyk żółciowy wyłuszczyć. W tym celu, dla utorowania swobodniejszego dostępu, dodano do opisanego powyżéj podłużnego cięcia w ścianie brzusznéj drugie cięcie poprzeczne 12 cm. długie, łączące się z pierwszém cięciem, na cztery poprzeczne palce powyżéj pępka z prawéj strony w kształcie litery T. Następnie przystąpiono do wydobycia kamienia, którytо akt operacyjny stanowił tu, jak się okazało, najżmudniejszą część całéj operacyi. Możnaby było zapewne uprościć sobie czynność przez podwiązanie przewodu pęcherzykowego już ponad tkwiącym w nim kamieniem, ale po pierwsze przewód był na całym przebiegu z sąsiedniemi narządami zrośnięty, a powtóre nakładając ligaturę zbyt nisko, już obok przejścia przewodu pęcherzyka żółciowego w przewód żółciowy wspólny, można się było słusznie obawiać następnéj mechanicznéj przeszkody do swobodnego odpływu żółci do kanału pokarmowego. Po mozolnych tedy i długotrwałych usiłowaniach, które 3 kwadranse zajęły, udało się nakonice za pomocą elewatora nieco nadkruszony kamień podważyć i wydostać, przyczém okazała się potrzeba rozcięcia wzdłuż całego pęcherzyka żółciowego dla ułatwienia manipulacyi z samym kamieniem. W dalszym ciągu przy pomocy elewatora i zakrzywionych nożyczek oddzielono od sąsiednich części ściany pęcherzyka żółciowego, co okazało się mniéj trudném, niżby to teoretycznie można było przypuszczać. Broczące miejsca obnażonego miąższu wątroby przy lekkiém dotknięciu żegadłem Paquelina wnet krwawić przestawały. Nakoniec pomiędzy dwiema silnemi ligaturami odcięto przewód pęcherzykowy, zrobiono dokładną tualetę otrzewny, zespojono brzegi rany w ścianie brzusznéj za pomocą podwójnego rzędu szwów i nałożono opatrunek z gazy jodoformowéj i waty hygroskopijnéj. Wkrótce po operacyi wystąpiły u choréj objawy ogólnego zapadu, które jednak przez użycie odpowiednich środków ustąpiły, tak że chora pierwszą noc po operacyi przebyła spokojnie, nazajutrz jednak rano ukazały się nudności, bóle w brzuchu, wymioty, niepokój, cieplota spadła niżéj stanu prawidłowego, tętno stało się coraz mikiejszém i w 40 godzin po operacyi chora zmarła. Sekcyja wykazała, że przyczyną śmierci było rozlane ropne zapalenie otrzewny.

II. K. R., wyrobnica, 39 lat licząca, przybyła do kliniki prof. Lambla 15 kwietnia 1887 r. Chora opowiada, że dwa miesiące temu poczuła nagle w prawém podżebrzu silny ból, który po kilkugodzinném trwaniu ustąpił, ale odtąd stale w różnych odstępach czasu, niekiedy z gwałtownemi nasileniami, po dziś dzień wraca. W parę dni późniéj wystąpiła u niéj żółtaczka, po dwóch tygodniach zaś zauważyła w jamie brzusznéj, nieco powyżéj pępka, z prawéj strony niewielki, ruchomy guz, przy każdym ucisku, a nawet lekkiém dotknięciu, silnie bolesny. Przez pierwszy tydzień choroby gorączkowała, straciła zupełnie apetyt, a w dołku podsercowym ma stale uczucie ciśnienia i rozpierania. Pomimo stosowanych środków lekarskich wszystkie te objawy ciągle się wzmagały, a nadto przyłączyło się dokuczliwe swędzenie skóry, co wszystko razem wzięte skłoniło chorą do udania się do szpitala. Oprócz obecnéj niemocy żadnych innych cierpień dotąd nie przebywała. Miesiączkuje prawidłowo od 17 roku życia; przed 10 laty poroniła, 7 zaś lat temu urodziła żywe i zdrowe po dziś dzień dziecko. Przy wstąpieniu choréj do szpitala stan jéj, wedle udzielonéj mi przez kol. Strzeszewskiego karty, był następujący: Kobieta średniego wzrostu, wątłéj budowy, wychudnięta i osłabiona. Skóra i błony śluzowe silnie żółto zabarwione, warstwa tkanki tłuszczowéj podskórnéj nieznaczna. Stan ogólny bezgorączkowy. Przy badaniu brzucha daje się wyczuć powyżéj pępka z prawéj strony guz wielkości pięści, gładki, łatwo poruszalny, przy obmacywaniu którego chora skarży się na silny ból. Guz ten bezpośrednio przylega do dolnéj powierzchni wątroby, któréj granica ku dołowi nieco opuszczona. Cała okolica wątroby przy uciskaniu bolesna. W płucach rozsiane rzężenia wilgotne, przeważnie w prawém płucu, szczególniéj od tyłu wyraźne. Arytmija serca w nieznacznym stopniu. Innych zboczeń w wewnętrznych narządach nie znaleziono. Mocz silnie nasycony, ciemno-brunatnego koloru, zawiera znaczną ilość barwików żółci. Kał biało-gliniastéj barwy. Na zasadzie powyższych danych rozpoznano: zatkanie przewodu żółciowego, prawdopodobnie od obecności kamieni żółciowych zależne z następczą cholemiją. Stosownie do tego rozpoznania przepisano choréj wewnętrznie sól karlsbadzką, a nadto kąpiele letnie, ciepły okład na brzuch, codzienne lewatywy, a na noc proszki Dowera przeciw bezsenności, głównie od silnego swędzenia skóry zależnéj. W razie napadów kolki wątrobowéj polecono robić podskórne zastrzykiwania morfiny. Pomimo jednak energicznego lekowania stan choréj nie tylko się nie poprawiał, ale przeciwnie, wszystkie objawy ciągle się potęgowały. Tak więc arytmija serca stała się wyraźną, coraz częstsze napady gwałtownych bólów czyniły konieczném codzienne, nieraz parokrotne podskórne stosowanie morfiny, wystąpiło krwioplucie, krwotoki z nosa i dziąseł, a odraza do jadła była taka, że prócz niewielkich ilości płynów chora żadnego zgoła pokarmu znieść nie była w stanie. W tym okresie cierpienia widziałem po raz pierwszy chorą wspólnie z kol. Goldflamem i Strzeszew-

skim, a w obec wybitnych objawów tak wysoko posuniętéj cholemii zaproponowałem cholecystotomiję, mimo nędznego ogólnego stanu choréj, który wydawał mi się raczéj jedną więcéj wskazówką do szybkiéj interwencyi celem umożliwienia przedewszystkiém czasowego odpływu żółci na zewnątrz przez utworzenie fistuły żółciowéj, zanim przez usunięcie mechanicznéj przezkody okaże się następnie możliwém przywrócenie prawidłowego wydzielania żółci do przewodu pokarmowego. Chora zrazu na operacyję przystać nie chciała, ale gdy jeszcze minęło parę tygodni, a cierpienia jéj coraz więcéj wzrastały, sama zaczęła się domagać rękoczynu, dla dokonania którego przeniesiono ją 30/IV b. r. do kliniki chirurgicznéj. Nadmienić muszę, że chora była wówczas w najwyższym stopniu osłabiona i wycieńczona; tkanka tłuszczowa podskórna była nieomal zupełnie zanikła, tak że przez wiotką ścianę brzuszną okiem już określić się daje półkulisty kształt powyżéj opisanego guza. Skóra choréj ciemno-oliwkowéj barwy, ciągle lepkim potem pokryta i odleżyny na kości krzyżowéj dopełniają obrazu ogólnego upadku odżywiania. W dobę po przybyciu choréj do kliniki, przy łaskawéj pomocy prezesa Orłowskiego i kolegów Bukowskiego, Jawdyńskiego, Kijewskiego, Solmana i Szteynera, w obecności naczelnego lekarza szpit Śgo Ducha Dra Zalewskiego i kilku innych kolegów, przy zachowaniu zwykłych przeciwgnilnych ostrożności przystąpiłem do laparotomii. Cięcie w ścianie brzusznéj 12 cm. długie poprowadziłem wzdłuż zewnętrznego brzegu prawego mięśnia prostego brzucha. Dolny koniec cięcia wypadał na wysokości pępka. Przed otworzeniem otrzewny podwiązałem wszystkie napotkane drobne naczynia krwionośne wyjątkowo silnie, jak zazwyczaj przy cholemii, broczące. Następnie naciąwszy otrzewnę, otworzyłem szeroko jamę jéj po rowkowanym zgłębniku, przyczém w powstały otwór wpuklił się wkrótce pęcherzyk żółciowy sino-różowawéj barwy, silnie rozciągnięty, ścieńczały i przeświecający. Teraz usiłowałem zbadać palcem przyczynę niedrożności przewodu żółciowego wspólnego, lecz pęcherzyk żółciowy zatykając szczelnie otwór w otrzewnéj przeszkadzał wprowadzeniu ręki do jamy brzusznéj. Dla łatwiejszego tedy zoryjentowania się nakłółem za pomocą troakaru Potaina wystający pęcherzyk i opróżniłem go częściowo z zawartości. Wypuszczony w ilości 300 gramów płyn był zupełnie bezbarwny, przeźroczysty, lekko opalizujący; zawieszone w nim drobne blaszkowate cząsteczki były z wejrzenia do cholestearyny podobne. (Płyn ten badany był przez kol. Nenckiego, przyczém okazało się, co następuje: Ciężar jego właściwy przy temp. 15,5° C, = 1,003, oddziaływanie obojętne, barwa nieco zielonkowato-żółtawa, lekko opalizuje, osadu na dnie naczynia nie ma. Zawiera: wody 88,70%, części stałych 11,30%, razem 100,00%, popiołu 0,34%. Części stałe zawierają ślady białka i śluzu i dość znaczną ilość cholestearyny. Kwasu bursztynowego i jekoritu nie znaleziono. W popiele znajduje się głównie chlorek sodu). Otwór w pęcherzyku żółciowym powstały w skutek nakłócia troakarem zamknąłem, ująwszy brzegi jego w kleszcze okienkowate Olliera. Wprowadziwszy następnie rękę do otrzewny, przekonałem się, że kształt pęcherzyka żółciowego jest o tyle zmieniony, że rozciągnięty przez płynną zawartość przewód pęcherzyka żółciowego właściwie nie istnieje, a zlany w całość z pęcherzykiem żółciowym wraz z nim przedstawia się on w postaci jakby pęcherza rybiego, t. j. przecięcie jego podłużne byłoby eliptycznem, a przecięcie poprzeczne kolistém. Tak zmieniony pęcherzyk kończy się ślepo przy początku wspólnego żółciowego przewodu. Ten ostatni przedstawia się w postaci nastrzykniętego płynem sprężystego wałka grubości palca wskazującego, długości w przybliżeniu około 10 cm. Nastrzyknięcie tego przewodu na całym jego przebiegu świadczy o tém, że przeszkoda w jego drożności znajduje się w pobliżu miejsca wlania się jego do dwunastnicy. Ani jednak obecności kamienia, ani guzowatości nowotworowéj palcem wyczuć mi się w tém miejscu nie udało. Mieliśmy więc do czynienia z puchliną wodną pęcherzyka żółciowego (*Hydrops vesicae felleae*) i z równoczesném zupełném zatkaniem wspólnego żółciowego przewodu. W obec takiego stanu rzeczy postanowiłem przyszyć pęcherzyk do ściany brzusznéj i otworzyć go, pozostawiając tędy drogę do odpływu żółci na zewnątrz, a zatkanie przewodu żółciowego wsp. czasowo pozostawić zupełnie na boku. Wprawdzie charakter zawartości pęcherzyka świadczył o tém, że koniec przewodu pęcherzykowego jest téż zupełnie zatkany, na razie więc nie dawałem żółci żadnéj drogi do ujścia na zewnątrz, ale byłem w prawie przypuszczać, że po opróżnieniu pęcherzyka przeszkoda zatykająca koniec jego przewodu, pod wpływem naporu żółci od wewnątrz usunięta zostanie, znane są bowiem w literaturze tego rodzaju przypadki pomyślnie zakończone, przyczém niekiedy jak np. w przypadku Hofmokla [1]) żółć dopiero po 20 dniach tędy utorowała sobie drogę. Zeszyłem tedy ranę w powłokach brzusznych z wyjątkiem środkowéj jéj części na długości 3 cm., na którejto przestrzeni, tak na prawym jak i na lewym brzegu rany, zeszyłem z każdéj strony otrzewnę ścienną ze skórą, a następnie do brzegów tego otworu obłamowanego otrzewną przyszyłem pęcherzyk żółciowy podwójnym rzędem szwów, t. j. naprzód w czterech miejscach przeprowadziłem cztery szwy węzełkowe Lemberta, a następnie obszyłem przylegające do siebie listki otrzewny ściennéj i pęcherzykowéj ciągłym szwem kuśnierskim. Do szycia używałem cienkiego jedwabiu. Tak przytwierdzony do ściany brzusznéj pęcherzyk, otworzyłem na tyle szeroko, aby można wnętrze jego zbadać za pomocą wprowadzonego doń wskazującego palca. Przekonałem się przytém, że wyścielająca pęcherzyk żółciowy błona śluzowa inkrustowana jest miejscami ziarnkami drobnego piasku, na dnie zaś pęcherzyka wyczułem maziste strzępki składające się, jak to się okazało po wydobyciu ich na zewnątrz, ze zgęstniałéj lepkiéj wydzieliny i złogów drobnego piasku. Piasek ten zbadany został przez kol. Nenckiego, przyczém okazało się, że się składa wyłącznie z kryształków cholestearyny. W obec tego, że tak przy obmacywaniu z zewnątrz przewodu żółciowego wsp., jak i przy badaniu wnętrza pęcherzyka żółciowego, nigdzie nie udało się było wyśledzić obecności kamieni, samo przez się nastręczało się przypuszczenie, że tak ujście przewodu pęcherzykowego, jak i ujście wspólnego przewodu żółciowego, musiały być w danym razie zatkane tworami podobnéj natury. Otwarty pęcherzyk żółciowy wypełniłem długiemi paskami 30% gazy jodoformowéj i nałożyłem opaskę złożoną z materacyków wypełnionych heblowinami drzewnemi i szerokiego kalikowego bandażu. Tegoż dnia przed wieczorem ukazały się na opatrunku ślady żółci, a w ciągu niespełna doby cała opaska była nią przesiąknięta, tak że nazajutrz po operacyi potrzeba było opatrunek zmienić. Pozostawiłem tylko paski z gazy jodoformowéj wypełniające sam pęcherzyk, które ściśle

[1]) *Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege nach neueren Mittheilungen zusammengestellt von Dr. Deahna in Stuttgart. Schmidts Jahrbücher Band CCVII* p. 177, II.

do jego wnętrza przylgnęły i które usunąłem dopiero 9go dnia, kiedy same od ścian pęcherzyka odstały, obawiałem się bowiem krwotoku łatwo przy pociąganiu ich nastąpić mogącego, gdyż, jak wiadomo, błona śluzowa pęcherzyka żółciowego w cholemii bardzo jest do obfitych broczeń (krwotoków *„en nappe“*) skłonne, a nawet znane są przypadki, w których krwotoki takie były przyczyną śmierci. Resztę opatrunku zmieniałem codziennie starając się zmierzyć o ile można dokładnie ilość wydzielanéj dziennie przez przetokę żółci. W tym celu ważyłem codziennie wszystkie materyjały opatrunkowe, które dnia tego użyte być miały, a nazajutrz brałem wagę opatrunku przesiąkniętego żółcią. Przekonałem się przytém, że dzienna ilość wydzielanéj przez przetokę żółci wahała się między 14½ i 5u uncyjami na dobę. Ilość wydzielanéj żólci mierzono przez cztery tygodnie po operacyi. Przez pierwsze 10 dni po operacyi wydzielało się jéj znacznie więcéj niż potém. Wszystkie szwy zdjąłem 9go dnia po operacyi. Tegoż dnia w miejsce wyjętych pasków z gazy jodoformowéj wprowadziłem do pęcherzyka gruby dren, który po kilku dniach usunąłem. Chora po operacyi nie gorączkowała wcale, skarżyła się wprawdzie na silne bóle w brzuchu, ale miałem sposobność przekonać się, że bóle te były w znacznéj części urojone, a przyczyną użalań się było łaknienie morfiny, chora bowiem do podskórnych jéj wstrzykiwań już przywykła. W 3cim tygodniu po operacyi wystąpiło kilka dni trwające podniesienie ciepłoty ciała w skutek powstałych w dolnéj części krzyża i w okolicy przedniego górnego kolca biodrowego przedniego lewego ropni odleżynowych. Oba ropnie szeroko otwarto, poczém ciepłota spadła znowu do stanu prawidłowego a powstałe po przecięciach rany szybko zabliżniać się zaczęły. Pomimo jednak że ogólny stan choréj ciągle się poprawiał, że apetyt był doskonały i wszystkie rodzaje pokarmów trawiła prawidłowo, cała jednak ilość wydzielanéj żółci odchodziła przez przetokę, kał bowiem był stale biało gliniastéj barwy i nie można w nim było dostrzedz ani śladu barwików żółciowych. Należało tedy pomyśleć o przywróceniu drożności zatkanego przewodu. W analogicznym przypadku Parkes [1]) w 6 tygodni po pierwszéj operacyi wykonał powtórną laparotomiję i pod przewodnictwem palców przepchnął od wewnątrz zgłębnikiem tkwiące w *ductus choledochus* kamienie żółciowe do dwunastnicy. Zupełnie jednak zadowalający ogólny stan naszéj choréj nie uzasadniał, mojém zdaniem, naglącéj potrzeby tak czynnéj i bądź co bądź poważnéj interwencyi, postanowiłem więc spróbować przedewszystkiém kateteryzowania przewodu żółciowego wspólnego przez otwartą przetokę. Użyłem do tego zwykléj świeczki elastycznéj francuskiéj Nr. 16 filièry Charrièra, oliwkowato zakończonéj. Kateteryzowanie odbywałem z możliwą oględnością, cofając się natychmiast, skoro najmniejszą napotykałem przeszkodę. Za pierwszym razem (16 sierpnia) wprowadziłem świeczkę na 13cm. głębokości, a natrafiwszy przy kilkrotném usiłowaniu na opór, zawsze w tém samém miejscu, nie usiłowałem wprowadzać świeczki głębiéj. Manipulacyja ta nie sprawiła choréj żadnego bólu. Nazajutrz rano oddala stolec zabarwiony żółcią, następujące jednak wypróżnienie w dobę późniéj było znowu bezbarwne. Zachęcony powodzeniem pierwszéj próby, w dwie doby po pierwszém, powtórzyłem kateteryzowanie po raz drugi, przyczém wprowadziłem nawet świeczkę nieco głębiéj (15½cm.), ale bez żadnego skutku. Odtąd wprowadzałem świeczki codziennie w ciągu dni 14, używając z kolei: bougies filiformes, cienkich bougies à boule, zwyczajnych świeczek elastycznych, świeczek wypełnionych wewnątrz drobnym śrótem, świeczek giętkich o przewodniku metalicznym (t. z. bougies à mandrin métallique fléxible), świeczek metalicznych Ultzmanna i Béniquégo, ale ani razu już więcéj nie udało mi się osiągnąć pożądanego rezultatu. Gdy jednak stan ogólny i siły choréj poprawiały się z każdym dniem, zdecydowałem się chorą zgodnie z jéj żądaniem 1/9 1887 r. z kliniki wypisać, pomimo iż żółć stale do kanału pokarmowego się nie wydzielała, w obec bowiem zupełnie zadowalającego stanu choréj nie sądziłem, aby wskazana była laparotomija celem forsownego przepchnięcia pod osłoną palców zatkanego wspólnego żółciowego przewodu, tém bardziéj że nie można było być pewnym, czy rękoczyn ten w naszym przypadku stanowczo ulgę choréj przyniesie, a laparotomija sama przez się, niestety w naszych warunkach, nie może się jeszcze liczyć do obojętnych operacyjnych zabiegów. (W cztery tygodnie po wypisaniu choréj ze szpitala, miałem sposobność ponownie ją zbadać, przyczém okazało się, że część tylko żółci wycieka obecnie przez przetokę, a reszta odchodzi przez kiszki, o czém świadczy odpowiednie zabarwienie wypróżnień, przyjęto więc znowu chorą do szpitala celem wykonania u niéj autoplastyki dla zagojenia przetoki). (C. d. n.)

[1]) *Parkes A. case of cholecystotomy. American Journal of medic. science. July, 1885.*

II. Z praktyki sądowolekarskiéj.

I.
Samobójstwo czy morderstwo?

Podał

Dr. Justyn Karliński,
c. k. starszy lekarz wojskowy.

Zamierzając opisać poniżéj przypadek z własnéj praktyki sądowolekarskiéj, który zapewne zainteresować zdoła Czytelników Przeglądu Lekarskiego, zaraz na wstępie upraszać muszę czytelnika o wybaczenie mi, jeżeli w opisie wstrzymać się muszę od wszelkich cytat z odnośnéj literatury. Trudno wymagać od lekarza wojskowego, eksponowanego do jednéj z najodleglejszych stacyj prowincyj zajętych, zmuszonego kilka miesięcy z rzędu pędzić żywot prawie bezczynny, któremu przepisy nie dozwalają zabrać ze sobą więcéj pakunków niż 14 kilogramów, aby opisując ciekawszy przypadek z praktyki prywatnéj wdawał się w cytaty z literatury. Z regulaminów i schematów wykazów, stanowiących na razie całą biblijotekę, którą mu ze sobą wziąć dozwolono i nakazano, cytat tych czerpać nie może.

Do Sądu powiatowego w T. doniesiono w sierpniu rb., że Jelka, żona Avdii Hodżica, włościanka z osady W. na pograniczu między Bośniją, sandżakiem Nowobazarskim i Czarnogórą znalezioną została powieszoną w lesie o 25 kroków od domu męża. Ponieważ według doniesienia żandarmeryi drugato już żona Avdii w przeciągu niespełna roku znaleziona została powieszoną a przypadki samobójstwa u kobiet mahometańskich do rzadkości należą, zarządzono obdukcyję sądowolekarską, do któréj z powodu braku lekarza cywilnego i niemożności sprowadzenia drugiego lekarza wydelegowany zostałem sam jeden.

Wątpię, aby koledzy żyjący w normalnych warunkach, mogli mieć należyte wyobrażenie o stosunkach lekarskich

w zajętych prowincyjach, specyjalnie o stosunkach lekarza sądowego, jakim każdy lekarz wojskowy w Bośnii i Hercegowinie być musi. Według układu władz cywilnych z wojskowemi lekarz wojskowy obowiązany jest na rozkaz władzy wojskowéj w porozumieniu z władzą cywilną do pełnienia funkcyj lekarza powiatowego, miejskiego, sądowego itd. tam, gdzie warunki bytu są tego rodzaju, że nie są w stanie zachęcić lekarza cywilnego do osiedlenia się. Delegowany do sekcyi w okolice, w które rzadko tylko konno dostać się można, zmuszony jest odbywać podróż pieszo, otrzymując jedynie wynagrodzenie za wykonanie obdukcyi, bez dyjet i wszelkich owych wynagrodzeń, jakie się gdzieindziéj za odbytą podróż dostaje. Piszący w dobiegającém półroczu delegowany do 11 sekcyj, z których każda z ekshumacyją była połączoną, nadto do licznych komisyj celem stwierdzenia epidemij lub szczepienia, śmiało powiedzieć może, że gdyby nie zainteresowanie się przedmiotem i rozkaz władzy wojskowéj, z pewnością wyrzekłby się owych przyjemności, połączonych zawsze z kosztami, o których zwrocie władza cywilna nie myśli.

Po uciążliwym marszu przez nagie i strome pagórki i lasy, po drożynach, po których bez niebezpieczeństwa życia konno podróżować nie można, przybyliśmy późnym wieczorem do wioski W., któréj ludność w większéj części mahometańska, niepospolicie naszém przybyciem zdziwioną była.

Objawiwszy muhtarowi (naczelnikowi gminy) cel naszego przybycia, zaproszeni zostaliśmy do chaty, gdzie nam z powodu spóźnionéj pory przenocować wypadło. Tu oznajmiono nam, że zwłoki od 4 dni pochowane, a mąż zmarłéj korzystając z udzielonego mu dawniéj pozwolenia do wyemigrowania ulotnił się nie wiadomo dokąd, zabierając konie i nieco dobytku, resztę pozostawiając.

Wkrótce zjawiła się delegacyja poważniejszych włościan z prośbą o zaniechanie sekcyi jako sprawy koranem i zwyczajami nieprzewidzianéj, która fanatyczną ludność rozjątrzyć byłaby w stanie. Z uwagi, że przypadek sam przez się podejrzanym się wydawał, prośbie téj zadość stać się nie mogło, obiecano tylko, że obdukcyja z całą możliwą oględnością się odbędzie i polecono żandarmom strzeżenie grobu.

Zrana opuszczając chatę i udając się na miejsce, gdzie zmarłą znaleziono, zastaliśmy ludność mahometańską téj wioski i osad okolicznych z zdziwieniem przyglądającą się niebywałym gościom, głośno szemrzącą na cel naszego przybycia; obecność jednak silnego posterunku żandarmeryi trzymała ją w należnéj odległości.

Naczelnik gminy, który obecnym był znalezieniu zwłok, podaje, że kobiety, nad ranem idące po wodę, znalazły Jelkę H. wiszącą u gałęzi dębu, odzianą w koszulę. Sznur miał być zwęźlony na tyłogłowiu zmarłéj, uwiązany silnie do gałęzi blisko 2 metry od ziemi się zwieszającéj, nogi zaś zmarłéj na blisko stopę od ziemi były zwieszone. W przypuszczeniu, że zaszło tu samobójstwo, nie szukał za śladami stóp w okolicy miejsca znalezienia, jakkolwiek ziemia po nocnym deszczu była rozmiękłą i takowe odnaleźćby się dały, tém mniéj że obecny znalezieniu mąż głośno płacząc i lamentując podawał, że żona wyszła niby „na stronę" nad ranem, a on powrotu jéj we śnie nie słyszał. Zwłoki miały być całkiem zimne i stężałe, po zdjęciu z drzewa pochowane zostały według obrządku w 6 godzin po znalezieniu w ogrodzie przy chacie Avdii. Oględziny miejsca okazały, że na 2 metry 10cm. nad ziemią na gałęzi, na któréj zwłoki wisieć miały, znajduje się obtarcie kory, widocznie od sznura pochodzące, a w pobliżu nie znaleziono ani kamienia, ani żadnego innego przedmiotu, na który stanąwszy osoba miernego wzrostu mogłaby gałęzi z ziemi dosięgnąć.

Przystąpiono do ekshumacyi, któréj dokonało dwóch włościan Serbów, gdyż żaden z Mahometan grobu dotknąć nie chciał, a po ćwierćgodzinném kopaniu wydobyto z płytkiego grobu zwłoki spoczywające w pozycyi siedzącéj, obwinięte w czyste białe płótno i złożono na deskach tuż przy grobie.

Podaję tu protokół w całéj rozciągłości według stenogramu:

O g l ę d z i n y z e w n ę t r z n e. Zwłoki kobiety mniéj lub więcéj lat 24 liczyć mogącéj, obwinięte w białe płótno, zresztą całkiem nagie, jako zwłoki Jelki H. przez obecnych stwierdzone. Długość ciała 139cm., kościec budowy prawidłowéj, odżywienie dobre, powłoki, wyjąwszy dolne części brzucha, zielonkawo zabarwione, blade. Włosy koloru brunatnego, niesplecione, około czoła tasiemka biała według obrządku mahometańskiego około głowy obwinięta i na tyłogłowiu związana. Powieki zawarte, usta zaciśnięte. Na odnogach dolnych i grzbiecie plamy pośmiertne, jako takie nacięciem stwierdzone, stężenie odnóg i szczęki utrzymane. Palce rąk kurczowo zaciśnięte, paznogcie według miejscowego zwyczaju brunatno-czerwono ubarwione. 1) W okolicy ust tuż nad wargą górną pod skrzydełkiem nosowém prawém półksiężycowatego kształtu wąskie zdarcie przyskórka, zaschłe, wielkości 1 cm., płytkie: pod skrzydełkiem lewém takież samo zdarcie, w kącie ust i na brodzie również po jedném takiegoż samego kształtu i wielkości, wszystkie zaschnięte bez strupów krwawych. 2) Od wyniosłości chrząstki tarczykowéj począwszy ku tyłogłowiu, ukośnie nieco ku górze przebiega brózda na pół cm. głęboka i na 3—5 milimetrów szeroka, barwy blado fijoletowéj, miękka, niezaschnięta, przy nacięciu nieokazująca podskórnych wybroczyn. Za uchem lewém odcisk wielkości mniéj lub więcéj 4 centówki głębszy niż brózda tegoż samego wejrzenia. Skóra twarzy i szyi blada, wiotka. 3) Pod sutkiem lewym, który podobnie jak prawy dość jędrny, nieobwisły, bez blizn lub rozstępów, na 5cm. od nasady mostkowéj żebra 5go, w 5tym przestworze międzyżebrowym znajduje się zaschły strupek krwi wielkości mniéj lub więcéj 2mm., na około którego znajduje się 5 płytkich półksiężycowatych, powierzchownych i zaschłych zdarć przyskórka, żółtawoczerwonéj barwy. Z tych pierwsze kształtu półksiężycowego 1cm. długie a $1\frac{1}{2}$—2mm. szerokie po stronie wewnętrznéj powyżéj opisanego strupka, drugie mniejsze 3mm kw. wielkie po stronie zewnętrznéj a w odległości 3cm. od tegoż w łukowatéj linii 3 obdarcia podobne pierwszemu, najwyżéj położone wielkości $1\frac{1}{2}$cm., najniższe $\frac{1}{2}$cm. długie. 4) Na wewnętrznéj stronie kolana prawego bardzo powierzchowne obdarcie przyskórka na przestrzeni mniéj lub więcéj talara, równie zaschłe. 5) W okolicy pachwinowéj na grzbiecie rąk i między palcami wyraźne ślady świerzbu.

O g l ę d z i n y w e w n ę t r z n e. 6) Skóra czaszki prawidłowa tudzież i kości czaszkowe miernie grube, budowy symetrycznéj. Opona twarda blada połyskująca, łatwo od kości oddzielić się dająca. W zatokach żylnych mała ilość krwi skrzepłéj, opony miękkie blade, mózg miękki, blady, budowy normalnéj bez żadnych zmian chorobowych, na przekroju okazuje bardzo skąpe punkty krwawe. W zatokach i naczyniach podstawowych bardzo mała ilość krwi skrzepłéj. 7) Po odpreparowaniu skóry szyi okazują się żyły szyjne miernie krwią wypełnione, wybroczyn podskórnych w miejscu brózdzie

odpowiadającém nie ma. Mięśnie szyjne i krtań nieuszkodzone; między chrząstką tarczykową a kością gnykową miernéj głębokości podłużny odcisk odpowiadający bróździe skórnéj. Zmian Amussatowskich w próżnych tętnicach szyjnych nie znaleziono. 8) Po odpreparowaniu ubogiéj w tkankę tłuszczową skóry klatki piersiowéj w przestworze piątym międzyżebrowym na $4^{1}/_{2}$cm. od lewego brzegu mostka mięśnie na przestrzeni talarem pokryć się dającéj krwią nasiąkłe, widocznie ugniecione, jednak nierozdarte. Na wewnętrznéj powierzchni skóry w miejscu odpowiadającém opisanym pod Nr. 4 zdarciom kilka drobnych wybroczyn. 9) Po otwarciu klatki piersiowéj okazują się następujące zmiany: Cała jama klatki piersiowéj krwią po większéj części skrzepłą wypełniona, płuca obustronie uciśnięte. Od środka pod Nr. 8 opisanéj wybroczyny w mięśniu międzyżebrowym aż do serca tkwi igła wielkości 5cm., zardzewiała o uszku urwaném ukośnie przebijająca brzeg płuca, worek osierdziowy i tkwiąca w sercu na 2cm. powyżéj koniuszka serca. 10) Worek sercowy okazuje szparowate na $1^{1}/_{2}$cm. długie pęknięcie o brzegach równych, bez śladu reakcyi zapalnéj, jest napięty, wypełniony ciemnoczerwonemi skrzepami krwi, o połysku i grubości normalnéj. 11) Mięsień sercowy niedokrewny, jędrny, opisana pod Nr. 9 igła przechodzi przez komórkę lewą, przegrodę sercową i tkwi w ścianie komórki prawéj. Przegroda sercowa tuż przy igle na przestrzeni $^{1}/_{2}$cm. rozdarta, przez co powstaje komunikacyja między obu komórkami. Ściana przednia komórki lewéj również w miejscu odpowiadającém pęknięciu osierdzia jest pękniętą na przestrzeni 1cm. o brzegach nieregularnych. Beleczki mięśniowe pokryte skrzepami krwi, w jednéj z nich wolno do szpary w ścianie serca tkwi igła. Komórka lewa zawiera kilka większych skrzepów krwi ciemno-czerwonéj barwy, prawa i żyły główne prawie próżne. 12) Płuca uciśnięte i mało powietrza zawierające, w górnych częściach daje się wycisnąć mierna ilość cieczy pienistéj. 13) Narządy brzuszne normalnéj budowy i utkania, jednak blade i mało krwi zawierające. Macica niepowiększona, bez śladów porodowych.

Po obejrzeniu sznura na szyi znalezionego i koszuli, w któréj znaleziono zwłoki, podyktowałem następujące orzeczenie:

Jelka H. umarła śmiercią gwałtowną a mianowicie z rany zadanéj przez wbicie igły przez powłoki skórne i przebicie serca. Z uwagi, że otwarcie jam sercowych samo przez się dostatecznie tłumaczy przyczynę śmierci, z uwagi że wbicie igły do głęboko położonych narządów wymaga znacznéj siły, że, jak to pod Nr. 7 i 8 wymieniono, narządy czaszkowe i naczynia szyjne w bardzo małéj ilości krew zawierające znaleziono, zadanie sobie śmierci przez powieszenie dobrowolne wydaje się nieprawdopodobném, a więc Jelka H. po śmierci dopiero przez osobę drugą powieszoną została. Obdarcia przyskórka na twarzy kształtem swym i umiejscowieniem przemawiają za tém, że powstały od odcisków paznogci ręki prawéj przemocą zawierającéj usta celem np. przytłumienia krzyku. Obdarcia przyskórka po lewéj stronie klatki piersiowéj powstały również od palców ręki prawéj, która jużto usiłowała tkwiącą igłę głębiéj wepchnąć, jużto igłę tkwiącą w miejscu, gdzie zeschły strupek krwi się znajduje, na zewnątrz wyciągnąć.

W przypadku niniejszym igła przebiwszy powłoki skórne, brzeg płuca, osierdzie, otwarła obie komórki sercowe, które przez parcie krwi w tychże znajdującéj się szparowato od otworu igłą zrządzonego rozdarte zostały przez co wypływ krwi z jam sercowych do jamy klatki piersiowéj przez przedartą ranę worka sercowego umożliwiony został. Obdarcie przyskórka na kolanie prawém pochodzić może od ucisku kolanem osoby drugiéj, usiłującéj ruchy denatki tamować. W każdym razie wbicie igły do serca poprzedzało powieszenie a ponieważ nieprawdopodobném i niemożliwém się wydaje, aby osoba o tak znacznéj ranie w narządach piersiowych tyle siły miała, aby mogła opuścić dom, udać się o 25 kroków, poczynić wszelkie przygotowania do zawieszenia i uwiązania sznura, wdrapania się na gałąź, zadzierzgnięcia sobie postronka na szyję i zawieszenia się na nim, zważywszy daléj, że na koszuli, którą denatka przed śmiercią miała na sobie, nie znajdują się żadne ślady wskazujące na to, że przypadkowe wbicie się igły umieszczonéj w koszuli miejsce mieć mogło, stanowczo oświadczyć się muszę za śmiercią gwałtowną zadaną ręką obcą, która dla zatarcia śladów zbrodni następnie zmarłą powiesiła na drzewie.

W końcu dodać jeszcze muszę, że dla większéj pewności zebrałem wszelki brud, jaki za paznogciami rąk obu znalazłem a badając takowy pod silną lupą w mieszkaniu mojém nie znalazłem ani śladu zdartego z twarzy lub piersi przyskórka.

Zdaje mi się, że przypadek niniejszy zainteresować zdoła czytelnika, tém bardziéj, że o ile sobie przypominam, podobny przypadek zdarzył się przed wielu laty we Lwowie, gdzie rozchodziło się o to, czy wbicie igły w serce ręką obcą, czy też przypadkiem zrządzone zostało.

III Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt,
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

F. Zapalenie opon mózgowych gruźlicze.

Zapalenie opon miękkich mózgowia na tle gruźliczém powstałe jest chorobą, na któréj zbadanie pedyjatrzy szczególniejszą zwrócili uwagę, którą zajmowali się, że tak powiem, z pewném ulubieniem, jużto w skutek częstości, z jaką choroba ta nawiedza wiek dziecięcy, jużto w skutek typowego, a przecież pod pewnemi względami odmiennego przebiegu, jużto może i dla tego, iż choroba ta jest poniekąd polem do popisu rozpoznawczego, że lekarz rozpoznać ją może już wtedy, kiedy otoczenie nic jeszcze złego nie przeczuwa, a rozpoznanie równa się w takim przypadku i wyrokowi śmierci. Dla tego też z wszystkich chorób zapalnych opon mózgowych i mózgu choroba w mowie będąca jest najlepiéj zbadaną i nie przedstawia już obecnie ani pod względem etyjologicznym, ani też klinicznym prawie żadnych stron niejasnych, czego powiedzieć nie można o innych postaciach zapalenia opon. Istotne zbadanie choroby téj ze stanowiska etyjologicznego i patologicznego datuje jednakowoż, jak wiadomo, dopiero od roku 1830 od pracy Papavoinea, który pierwszy określił chorobę tę, jako zapalenie opon miękkich wywołane obecnością guzków gruźliczych i nazwał ją *Arachnitis tuberculosa*. Już przed nim wprawdzie wiele zasług koło zgruntowania przyrody téj choroby położyli Senn, wskazując, wbrew przyjętemu podówczas zapatrywaniu, iż pierwotnie cierpi *pia mater* i ulega zapaleniu i nazywając chorobę tę

Meningite granuleuse, jakotéż Guersant (1827), który zwracał uwagę na *granula*, t. j. gruzełki, dowodząc, iż nie są one obce téj sprawie zapalnéj; obydwaj jednak dokładnego pojęcia tak o jakości owych guzków jak i o związku ich z zapaleniem opon jeszcze nie mieli. Wiadomo zaś, iż poprzednio długo toczyły się rozprawy co do patogenezy w mowie będącéj choroby i że sprawę tę pojmowano przeważnie jako idiopatyczne wytwarzanie się wysięku w komórkach mózgowych, choć odzywały się także głosy uważające sprawę tę za zapalenie istoty mózgowéj, a ztąd wielorakie nazwy, jakie chorobie téj nadawano: *hitziger Wasserkopf*, *Wassersucht der Gehirnhöhlen*, *The dropsy of the brain*, *fièvre cerebrale*, *meningocephalite*, *encephalitis exsudativa infantum* i tp. Na znaczne wypełnienie krwią naczyń i na wypocinę zwrócił pierwszy uwagę Quin (1780) i wyraził zdanie, iż wysięk w komórkach nie jest chorobą samodzielną, lecz objawem zapalenia. Ujęcie objawów odpowiadających zapaleniu opon gruźliczemu w pewien obraz kliniczny zawdzięczamy długo jeszcze przed wyjaśnieniem powstawania téj choroby, bo w r. 1768, Robertowi Whytowi, który zwrócił uwagę na typowy jéj przebieg i pierwszy podzielił chorobę tę na okresy kierując się zachowaniem ciepłoty, względnie tętna, a mianowicie na okres pierwszy, *stadium febrile*, obejmujący ból głowy, wymioty, zaparcie stolca, podwyższenie ciepłoty, okres drugi, *stadium afebrile*, obejmujący wykrzykiwanie, *cri hydrocephalique*, zwolnienie tętna i nieregularność, nieckowate zaklęśnięcie brzucha i objawy naczyniowo-ruchowe i okres trzeci końcowy, obejmujący drgawki, porażenia, tętno chybkie, nieregularne i ponowne podwyższenie ciepłoty. Podział ten na okresy utrzymał się aż do dzisiejszych czasów, jednak uległ pewnym zmianom i tak przyjmuje Traube także trzy okresy, z których pierwszy, okres podrażnienia, odpowiadać ma erupcyi gruzełków i wywołanemu zapaleniu opon, okres drugi, okres ucisku, powstawaniu wysięku w komórkach mózgowych, a okres trzeci, okres zwolnienia, końcowemu porażeniu ośrodków mózgowych. Okres pierwszy według niego cechuje się bólem głowy, wymiotami, zaparciem stolca, nieckowatém zaciągnięciem brzucha, rozdrażnieniem, przeczulicą i podwyższeniem ciepłoty; okres drugi śpiączką, zwolnieniem tętna i zaburzeniami w zakresie sfery ruchowéj, a okres trzeci porażeniem ogólném, tętnem niezliczalném i oddechem nieregularnym, a częstokroć i bardzo znaczném podwyższeniem ciepłoty. Henoch przypuszcza tylko dwa okresy, okres zadrażnienia i okres ucisku czyli porażenia, t. j. okres odpowiadający wytworzeniu gruzełków i okres odpowiadający wytworzeniu się wysięku. Najnowsi autorzy, między innymi Steffen, Votteler, Turin, Wortmann przyjmują cztery okresy, dodając do trzech okresów Whyta i Traubego okres 4ty, a raczéj pierwszy, t. j. okres zwiastunów.

Pomimo rozlicznych prac dotyczących zapalenia opon gruźliczego i pomniejszych publikacyj kazuistycznych, że wspomnę tylko z dostępnéj mi literatury prócz wyż wspomnionych autorów Bartheza i Rillieta, Bouchuta, Pieta, Seitza, Bertalota, Henocha, Reimera, Gibneya, Byrow-Bramwella, Sauerwald-Oeynhausena, Herza, Bokaya, Lederera, Demmego, Röhrera, Glasera, pozostaje jeszcze kilka punktów, które dotychczas nie są jeszcze dostatecznie wyświecone. I tak nierozstrzygniętém jest pytanie, czy niezbędném jest dla powstania gruźliczego zapalenia opon istnienie jakiegoś ogniska serowatego w organizmie, czy też gruźlicze zapalenie opon pojawić się może jako choroba pierwotna u dzieci nieokazujących zresztą żadnych zboczeń gruźliczych w innych utkaniach. W związku z tém pozostaje pytanie następne, czy zapalenie opon mózgowych gruźlicze bywa wrodzone, czy jest ono chorobą dziedziczną, czy z pojawienia się tegoż zapalenia u dziecka wnosić trzeba o gruźlicy rodziców, i czy w razie, jeżeli w rodzinie jakiéj zmarło już jedno lub drugie dziecię z téj choroby, to także ten sam los czeka i inne dzieci w późniejszym czasie urodzone? Daléj czy i jaki wpływ mają na wystąpienie zapalenia opon gruźliczego stosunki i okoliczności czysto zewnętrzne, jakoto pora roku, przebycie jakiéj choroby zakaźnéj, głównie płonicy, odry i krztuśca, równoczesne częste pojawienie się innych postaci zapaleń opon, a głównie panowanie nagminne zapalenia opon mózgu i rdzenia pacierzowego, wreszcie ząbkowanie i uraz. W końcu czy rokowanie w téj chorobie jest bezwzględnie niepomyślne, czy też istnieją niewątpliwe przypadki wyleczenia téj choroby. Inne kwestyje dotyczące przebiegu choroby, czasu trwania i ważności jednego lub drugiego objawu, jakotéż tłumaczenia ich, również niezupełnie wyczerpane, zostawiamy na późniéj, tymczasem zestawimy w krótkości poglądy na powyższe pytania zasadnicze.

Wiadomém jest, iż najczęściéj znajduje się ognisko serowate, z którego bierze początek zapalenie opon mózgowych gruźlicze w gruczołach, a to głównie w gruczołach oskrzelowych, mniéj często znajduje się ono w samém utkaniu płuc, w zserowaciałych wysiękach jam opłucnych lub otrzewnéj, jakotéż w stawach lub kościach. Zdarzają się jednak i przypadki takie, opisane dokładnie, choć liczebnie w bardzo małéj tylko ilości, w których ogniska serowatego nigdzie znaleźć nie było można i w którychto przypadkach nawet i stan odżywienia dziecka nic nie zostawiał do życzenia. I tak np. zauważył Bertalot w 24ch przypadkach zapalenia opon mózgowych gruźliczego 20 razy gruźlicę i zserowacenie gruczołów oskrzelowych, a 4 razy gruźlicę płuc z ogniskami serowatemi. Reimer widział w 42ch przypadkach 36 razy gruźlicę i zserowacenie gruźlicze w gruczołach, a tylko w jednym przypadku były gruczoły wolne, była natomiast gruźlica innych narządów. Wortmann z kliniki prof. Kohtsa zauważył w 56 przypadkach zapalenia opon gruźliczego u dzieci źle odżywionych 45 razy gruźlicę i zserowacenie gruczołów, w pięciu gruźlicę rozsianą, podczas gdy w 6ciu przypadkach nie było żadnych innych zboczeń gruźliczych. Lederer miał widzieć często zapalenie opon gruźliczych bez zserowaciałych ognisk lub gruźlicy w innych narządach, liczby jednak ani opisu nie podaje. Zapalenie opon gruźlicze bez jakichkolwiek innych ognisk gruźliczych widział także i A. Steffen, który przemawia za dziedziczną skłonnością w pewnych rodzinach do zapadania na powyższą chorobę. Pomiędzy przypadkami zapalenia opon mózgowych na tle gruźliczém w liczbie 26, które mieliśmy sposobność badać pośmiertnie, znaleźliśmy gruźlicę gruczołów oskrzelowych z ogniskami serowatemi w nich w 11tu przypadkach obok takich samych ognisk w płucach, w 13tu przypadkach obok gruźlicy ogólnéj, tylko w 2ch przypadkach gruczoły były wolne; w jednym atoli z tych przypadków znajdowała się gruźlica ogólna; zatém tylko drugi przedstawiał li tylko wyłączne umiejscowienie gruzełków na oponach bez zmian w innych narządach.

Widzimy zatém w przybliżeniu, jaki zachodzi stosunek między pojawieniem się przypadków zapalenia opon gruźliczego powikłanych z serowatemi ogniskami czyto w gruczołach, czy gdzieindziéj, a przypadkami téjże choroby samo-

istnemi i nie dziwimy się, jeżeli jeszcze teraz większość autorów jest tego zdania, iż do możności powstania zapalenia opon gruźliczego koniecznie potrzebném jest istnienie ogniska serowatego w organizmie, iż potrzeba resorbcyi owych części serowatych do wytworzenia się gruzełków na oponach, a że w razach, gdzie ogniska serowatego nie wykazano, było ono tak ukrytém, że sekcyja go nie wynalazła. Zdanie to, jak wiadomo, najpierw wyrazil Buhl. W obec dzisiejszego jednak poglądu na gruźlicę, jako na chorobę zakaźną, która udzielić się może pod pewnemi warunkami i osobnikom poprzednio zdrowym, musimy przyznać, iż ognisko serowate bywa wprawdzie po największéj części owém składem prątków gruźliczych, z którego dopiero po pewnym czasie przy sprzyjającéj sposobności do obiegu krwi się dostają i w oponach mózgowych osiadają, że jednakowoż gruźlica opon z następowém ich zapaleniem może powstać samoistnie przez infekcyję, że tak powiem, z pierwszéj ręki, a nie za pośrednictwem gruczołów i naczyń limfatycznych, iż prątki zatém gruźlicze wprost naczyniami krwionośnemi do mózgu doprowadzone być mogą. Dla czego jednak tylko tam a nie gdzieindziéj osiadają, na to nie jesteśmy w stanie odpowiedzieć inaczéj, jak tylko znanym faktem, iż tak jak indywidua pojedyncze, tak i nawet całe rodziny posiadają w ustroju pewne miejsca mniéj odporne, *puncta minoris resistentiae*, na które szkodliwość jaka w pierwszéj linii działa. I tak u jednych stanowi ową słabą stronę narząd oddychania, u drugich trawienia, u innych wydzielania, u tych zaś narząd nerwowy. Hauke utrzymuje, iż zapalenie opon mózgowych gruźlicze dla tego jest częstsze we wieku dziecięcym, iż prątki osiadają w naczyniach podstawy mózgowéj w skutek znacznego ucisku, jaki tam się znajduje. Rilliet i Barthez zauważyli, iż przypadki zapalenia opon gruźliczego w rodzinach zamożnych, w sferach społeczeństwa wyższych, przydarzały się bardzo często w takich, które okazywały skłonność do zboczeń umysłowych lub chorób mózgowych, a zatém w rodzinach, jak się Niemcy wyrażają, *mit neuropathischer Belastung*. Przypuszczenie to mogłoby nam zarazem tłumaczyć także i te dość liczne przypadki, w których przy zmianach gruźliczych różnych narządów bardzo rozległych, przy kolosalnych gruczołach serowatych oskrzelowych, lub przy gruźlicy ogólnéj, były jedynie tylko opony mózgowe i mózg wolnemi od gruzełków. W takim razie mówić moglibyśmy o pewnéj odporności większéj ustroju nerwowego względnie mózgu, a bardzo zajmującém byłoby zbadanie w podobnych przypadkach tętnic mózgowych głównie tętn. podstawowéj i krwi w naczyniach opon pod względem zawartości co do prątków gruźliczych. Pamiętać jednak należy i o tém, że przydarzają się choć rzadko także przypadki takie, w których u osób wybitnie gruźliczych spotykamy się z zapaleniem opon mózgowych zwyczajném; można się w takim razie zapytać, dla czego w takim przypadku nie wywiązało się zapalenie opon gruźlicze, skoro już skłonność do powstania zapalenia opon istniała a prątków gruźliczych w organizmie nie brakło? W przypadkach takich jednakowoż spotykamy się zazwyczaj z zapaleniem opon mózgowych rozległém i ropném, powstałém we warunkach takich, wśród których nawet u osób zdrowych zupełnie musiałoby przyjść do zapalenia opon, jak np. w skutek przeniesienia się sprawy zapalnéj z ucha wprost na opony podstawy, przy zgorzeli kości czaszkowych, zaczopowaniu naczyń, złamaniach kości po urazie i t. p.

Przejdźmy teraz do pytania drugiego, a dotyczy ono dziedziczności zapalenia opon mózgowych gruźliczego. Pytanie to w ścisłym pozostaje związku z tyle rozbieraną obecnie kwestyją dziedziczności gruźlicy. Wiadomém jest, iż wprawdzie niedawno jeszcze utrzymywali Martin i Landouzy, iż przyczyną guzów gruźliczych znajdowanych w rozmaitych narządach u osesków musi być zakażenie w samym zarodzie, analogicznie do kiły, to jednak dotychczas górowało zdanie, iż dzieci z rodziców gruźliczych oddziedziczają tylko pewną więź (*constitutio*), polegającą na odmiennéj mięszaninie krwi, bliżéj jeszcze nieoznaczonéj, sprzyjającéj rozwinięciu się czy wcześniéj czy późniéj gruźlicy. Po odkryciu zaś prątków gruźliczych i stwierdzeniu zaraźliwości gruźlicy właśnie za pośrednictwem tychże prątków zmieniło się zapatrywanie na kwestyję dziedziczności o tyle, iż jedna część badaczy pozostaje nadal przy twierdzeniu, iż tylko odziedziczyć można ową skłonność do nabycia gruźlicy a nie samą już chorobę, ponieważ do wytworzenia się gruźlicy konieczną jest obecność prątków, a te wrodzonemi być nie mogą, druga zaś część przyjmuje dla tłumaczenia gruźlicy w pierwszych tygodniach życia możliwość bezpośredniego zakażenia płodu w łonie matki za pośrednictwem krwi naczyń łożyskowych, zawierającéj prątki gruźlicze. Skłonności zaś owéj odziedziczanéj po rodzicach gruźliczych do nabycia gruźlicy, owéj więzi, *constitutio*, *habitus*, nie upatrują obecnie już w jakiéjś odmiennéj mięszaninie krwi, lecz w słabszéj żywotności komórek, a raczéj w upośledzeniu ich siły żywotnéj, we właściwości, iż nie są one w stanie przygotować zniszczenia czyli rozkładu prątków, tak jak uskuteczniają spalenie białka, tłuszczów i cukru, lecz że na odwrót prątki gruźlicze dostając się do wnętrza komórek są w stanie rozkładać części komórki i zużytkować do własnego rozwoju i rozmnożenia (Koch-Wolfberg). Nieliczne głosy upatrują przyczynę owéj skłonności dziedzicznéj dla gruźlicy w niestosunku pomiędzy wielkością i rozwojem serca a płuc (Beneke, Brehmer) albo w odmiennéj budowie pęcherzyków płucnych i najdrobniejszych oskrzelików, któreto właściwości anatomiczne tak jak inne przechodzą prawem dziedziczności z pokolenia na pokolenie. Ten sposób tłumaczenia odnosiłby się jednakowoż tylko do gruźlicy płuc. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Nowa metoda osteoplastycznéj resekcyi w stopie.[1])

Podał Dr. I. Link,

lekarz pułkowy i operator szpitala garnizonowego we Lwowie.

M. K., inwalid patentowy, 24-letni, przyjęty został z następującém cierpieniem do szpitala garnizonowego. Prawa stopa w okolicy kości śródstopia znacznie obrzmiała okazuje po stronie grzbietowéj, jakoteż po wewnętrznym i zewnętrznym brzegu stopy liczne przetoki wypełnione wiotką i si-

[1]) Rozprawę niniejszą otrzymaliśmy d. 28 września rb. Po sporządzeniu drzeworytu dowiedzieliśmy się atoli, że przypadek ten w całości (jednak bez ryciny) ogłoszony już był poprzednio — bo w pierwszych dniach września — w Nrze 36 *Centralbl. f. Chirurgie.* Wierni zasadzie w *Przeglądzie Lek.* stale przestrzeganéj, któréj szan. Autor z pewnością nie znał, ogłaszając artykuł swój naprzód po niemiecku, żałujemy, że pracy téj nie możemy umieścić pomiędzy oryginalnemi: sądzimy atoli, że i na tém miejscu nie straci na swéj wartości i pożądaną będzie dla czytelników, którzy specyjalnego pisma niemieckiego nie posiadają. *Redakcyja.*

nawą ziarniną, z głębi przetok wydobywa się wydzielina surowiczo ropiasta, rzadka, zgłębnik natrafia na obnażone, chropowate, bardzo bolesne kości. Cały obraz chorobowy robi wrażenie gruźliczej sprawy wszystkich kości śródstopia, z wyjątkiem kości skokowéj i piętowéj. Ponieważ przedstopie, podeszwa i pięta były nienaruszone, zdawało mi się rzeczą słuszną, te części, które do chodzenia są tak ważne, utrzymać; postanowiłem przeto schorzałe usunąć, a utrzymane przedstopie przymocować do kości skokowéj.

W tym celu wymyśliłem następujące cięcie, kóre natychmiast na trupie wypróbowałem. Zrobiłem cięcie na grzbiecie stopy poprzeczne, odpowiadające stawowi Choparta, a drugie poprowadziłem równolegle do tegoż, odpowiadające podstawom kości śródnożnych; teraz połączyłem oba te cięcia przez dwa cięcia po wewnętrznéj i zewnętrznéj stronie stopy.

Od górnego cięcia poprzecznego wszedłem do wnętrza, zamiast jednak otwierać staw Choparta, odpiłowałem główkę kości skokowéj w jéj największym obwodzie poprzecznie w kierunku ukośnym od przodu i góry ku tyłowi i na dół, następnie oddzieliłem płaszczyznę stawową pomiędzy kością sześcienną i piętową i unikając obrażenia, o ile możności, części miękkich, oddzieliłem kości śródstopia krótkiemi tuż przy kości prowadzonemi cięciami aż do podstawy kości śródnożnych. Teraz przepiłowałem idąc od przedniego cięcia poprzecznego kości śródnożne tuż przy ich podstawie w kierunku od góry i tyłu ukośnie naprzód i ku dołowi, ostatniém cięciem usunięty został czworoboczny płat od przedstopia. Teraz przyłożyłem obydwie ukośne płaszczyzny kości śródnożnych i kości skokowéj do siebie i byłem uradowany otrzymując dosyć zgrabną, aczkolwiek nieco skróconą stopę. Obawiałem się, iż przez to znaczne skrócenie grzbietu stopy podeszwa utworzy fałd znaczny poprzeczny; co jednak okazało się mylném, gdyż pięta ustąpiła nieco ku tyłowi i przez to napięła podeszwę. Z tego powodu, że cięcie poprowadziłem ukośnie, otrzymałem tak grzbiet stopy, jakotéż i podeszwę całkiem prawie normalną.

Otrzymawszy na trupie wynik pomyślny, przystąpiłem dnia 14 maja do operacyi na naszym chorym. Wykonałem tę operacyję w taki sam sposób, zmieniając tylko o tyle postępowanie, o ile sprawa chorobowa tego wymagała, przepiłowując bowiem główkę kości skokowéj przekonałem się, że istota rdzeniowa tejże już gruźliczo zwyrodniałą była i z tego powodu aż do istoty korowéj musiała być ostrą łyżeczką usunięta. Tożsamo musiałem schorzałą podstawę kości skokowéj ukośnie usunąć. Teraz usunąłem wszystkie schorzałe części miękkie z pola operacyjnego częścią nożyczkami, częścią ostrą łyżeczką, podwiązałem naczynia krwionośne i powierzchnie ranne w ten sposób do siebie przyłożyłem, że pozostałe kości śródstopia przyszły na pozostałą część kości skokowéj. O dokładném zetknięciu się płaszczyzn tych pozostałych kości nie mogło być mowy w obecnym przypadku, ponieważ wyłyżeczkowana kość skokowa nie miała równéj płaszczyzny, lecz była znacznie zagłębiona. Musiałem się ograniczyć z tego powodu tylko do połączenia płatów skóry ze sobą, zakładając ośm szwów srebrnych, co też z powodu braku skóry tylko z trudnością się udało.

Następowe leczenie odbyło się pod wilgotnym strupem i gazą jodoformową na szynie Volkmanna. Tego samego dnia popołudniu opatrunek był wydzieliną przyranną przesiąknięty, dla tego przyłożono jeszcze kilka warstw waty Brunsa.

Aż do ósmego dnia była gorączka aseptyczna mierna (38° C.), od tego czasu przebieg bezgorączkowy. Zmiana opatrunku w trzy tygodnie po operacyi; opatrunkowe materyjały zupełnie suche aseptyczne, rana w całéj rozciągłości zagojona przez rychłozrost, 4 szwy oddalono, 4 jeszcze parę dni pozostały. W cztery tygodnie późniéj po zupełném zabliźnieniu paska ziarninowego stwierdzono zupełną ruchomość tak bierną jak i czynną w stawie skokowym, dla lepszego skonsolidowania blizny założono opatrunek gipsowy. W dwa tygodnie późniéj zaczął chory chodzić w opatrunku gipsowym, chodzi przy pomocy laski bardzo dobrze, bólów ani zmęczenia nie czuje.



Wskazanie do téj operacyi stanowi schorzenie destruktywne śródstopia, podczas gdy tylna część kości skokowéj i pięta są zdrowe. Jednak nawet w tym przypadku, gdyby obie te kości zupełnie były zniszczone, nie wahałbym się je usunąć, dolne płaszczyzny stawowe podudzia odpiłować i do odpiłowanych płaszczyzn kości śródstopia zaadaptować, a zatém resekcyję według Władimirowa-Mikulicza, zamiast z grzbietowym, z podeszwowym płatem wykonać. Aczkolwiek operacyja ta tylko bardzo ograniczone zastosowanie mieć może, to jednak zasługuje ze względu na wynik, co się tyczy chodzenia, aby ją do metod resekcyj typowych zaliczyć. W kilka tygodni po wykonaniu powyższéj operacyi dowiedziałem się z czasopisma (*Centralblatt f. Chirurgie* 1887, *Juliheft* p. 506), że Bardenheuer już od dłuższego czasu podobną resekcyję wykonywał. Ponieważ jednak jego postępowanie od mego w wielu ważnych rzeczach się różni i oprócz tego ja podczas wykonywania mojéj operacyi o tém nic nie wiedziałem, dla tego muszę co do pierwszeństwa mojéj operacyi tyle się zastrzedz, ile że mi sposób operacyi Bardenheuera był nieznany.

Dodać wreszcie muszę, że obecnie po zdjęciu opatrunku gipsowego noga przedstawia się dość zgrabnie i funkcyje jéj są nadspodziewanie dobre; końce przeciętych ścięgien zrosły się ze sobą pod wilgotnym strupem jak najdokładniéj, jak to Phelps twierdzi, o czém przy czynnych i biernych ruchach w stawie skokowym przekonać się można. Chory chodzi obecnie bez laski. Co mnie także mocno zadowala, to ta okoliczność, że wyleczenie jest kompletném bez naj-

mniejszego śladu recydywy, co u chorych w tym wieku nieczęsto się zdarza.

Dla dokładnego uwidocznienia wyniku tej operacyi załączam zdjęcie fotograficzne operowanej stopy.

Hoffa: **O następstwach wyłuszczenia wola.** H. podał na posiedzeniu Tow. fizyczno-lekarskiego w Würzburgu pogląd historyczny na charłactwo zwane *cachexia strumipriva*. Charłactwo to połączone jest z cechującym obrzękiem twarzy, zmianą w skórze, ogólnem osłabieniem i pewną ciężkością w wykonywaniu ruchów ciała przy utrzymanych siłach mięśniowych, jakotéż z upadkiem władz umysłowych. H. porównywa obraz *cachexiae strumiprivae* z opuchliną śluzakową *(Myxoedema)* i z pewnemi postaciami charłactwa, którychto chorób ogólnych wspólną cechą jest brak, względnie zwyrodnienie gruczołu tarczykowego i na podstawie nowszych doświadczeń na zwierzętach dochodzi do wniosku, że ta choroba słusznie nosi nazwę *cachexia strumipriva*, występuje bowiem rzeczywiście w skutek wykluczenia czynności wymienionego gruczołu.

Po tych wstępnych uwagach przedstawia H. Towarzystwu trzech chorych poddanych całkowitemu wyłuszczeniu wola, którzy w następstwie ulegli charłactwu, wyżéj opisanemu. Przypadki te pouczają, jak ciężkie następstwa dla chorego może pociągać za sobą całkowite wyłuszczenie wola, podczas gdy te niebezpieczeństwa o wiele się zmniejszają, jeżeli pozostawia się resztki wola. (*Internationale klinische Rundschau* 1887 Nr. 37).

Dr. R. Spira.

Farmakologija.

Rosenbach: **O stosowaniu ergotyny w niektórych chorobach serca.**

Zdaniem R. działanie naparstnicy w przypadkach wad zastawek półksiężycowych aorty a zastawki dwudzielnéj dla tego nie jest jednakowe, żę w pierwszych układ naczyniowy tętniczy bywa nadwerężony przez to, że w skutek znaczniejszego przerostu następowego komórki lewéj krew ze znaczniejszą siłą bywa wyparta do naczyń, rozszerza je gwałtownie i przez to niekorzystnie, a nawet wprost szkodliwie, wpływa na ich sprężystość, która przy wypieraniu krwi do dalszych okolic ciała największą odgrywa rolę, podczas gdy przy drugich, t. j. przy wadach serca z powodu zmian zastawki dwudzielnéj najwięcéj cierpi mięsień sercowy w obydwu komórkach zarówno i krążenie małe. Dla tego téż naparstnica w téj grupie przypadków, jako na sam mięsień sercowy wpływ mająca, znakomite oddaje usługi, w pierwszych zaś racyjonalnie można stosować środek, który jest w stanie pobudzić ściany naczyń tętniczych do większéj czynności i powiększyć w nich parcie Takim środkiem jest w pierwszym rzędzie ergotyna, któréj wpływ na mięśnie gładkie wykazały liczne doświadczenia i kliniczne spostrzeżenia.

Za pomocą ergotyny osiągnął téż R. zadowalające, jakkolwiek niekiedy szybko przemijające, rezultaty nietylko w przypadkach niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty, ale nadto i w takich stanach chorobowych serca, w których ściany naczyń tętniczych cierpią a więc w przypadkach idyjopatycznego rozszerzenia serca, w których pod wpływem wzmożonéj czynności serca zarówno sprężystość ścian naczyń na szwank jest narażoną, w przypadkach miażdżycy tętnic głównych, w których powiększone działanie pod wpływem leku naczyń niezajętych tą zmianą rekompensuje zmniejszone działanie zajętych.

R. podaje lek ten w następujących formułkach: 1) *Rp. Inf. sec. corn.* 10·0—15·0 na 150·0 (ewent. dodatek *aether. sulf.* 30·0, *acid. hydrochl.* 1·0). *DS.* Co 2 lub 3 godziny jednę łyżkę stołową zażyć. 2) *Rp. Ergot.* 2·0—4·0 na 150·0, (ewent. dodatek *spir. aether.* 5·0) *DS.* Co trzy godziny albo trzy razy dziennie łyżkę stołową. 3) *Rp. Ergot.* 3·0 (ewent. dodatek *extract. conv. maj.* 3·0 lub *pulv. fol. digit.* 2·0). *Pulv. et extr. gentianae q. s. f. pil.* 50. *DS.* Co dwie godziny 2—3 pigułek. 4) *Rp. Inf. fol. digit. e* 1·5 *ad* 50·0. *Ergot.* 2·0. *DS.* Co 2 god. łyżkę.

W niektórych przypadkach skutki leku wkrótce były widoczne, w innych działanie występowało dopiero po pewnym czasie; niekiedy zdawało się, że działanie naparstnicy w połączeniu z ergotyną było silniejsze w przypadkach, gdzie i sama naparstnica dobrze działa. Pod wpływem podawania ergotyny tętno stawało się regularniejsze, pełniejsze i więcéj napięte, napady duszności zmniejszały się, to samo zwalniało bicie serca a wydzielanie moczu się powiększało. W przypadkach, gdzie znaczne obrzęki już dłuższy czas trwały, lek ten wcale nie skutkował. (*Wiener med. Blätter*, 1887, Nr. 35 i *Deutsche med. Wochensch.* 1887, Nr. 35). *H. K.*

Toksykologija.

Ricci: **Przypadek zatrucia kokainą.**

Z powodu dolegliwych bólów podczas napadów nerwobólów n. kulszowego przepisał R. choremu *Rp Cocaini mur. (Merk.)* 2·5 *Aq. dest.* 10·0 *DS.* Do wstrzykiwań. Na drugi dzień przyniósł chory flaszeczkę z kokainą, nadmieniając, że dla wysokiéj ceny kazał sobie zrobić tylko połowę przepisanéj ilości. R. wstrzyknął mu połowę czyli 0·625 kokainy. W kilka jednak minut po wstrzyknięciu chory stał się niespokojnym, dostał dziwnego i żywo zmieniającego się wyrazu twarzy, gestykulował jak osoby dotknięte pląsawicą, tętno, ruchy oddechowe przyspieszone. Po długiém wypytywaniu chory przyznał się, że dał sobie zrobić nie połowę, lecz całą ilość. R. wprowadzony w błąd przez chorego wstrzyknął mu więc 1·25 kokainu (a więc jeszcze o 0·05 więcéj aniżeli prof. Kolomnin swojemu choremu wstrzyknął). R. kazał prędko chorego do domu zawieść i zalecił mu makowiec w małych a częstych dawkach. Już po krótkim czasie chory się uspokoił i w parę dni przyszedł do siebie zupełnie, aż nagle czwartego dnia występuje za to podobny napad, którego następstwa z czasem dopiero ustąpiły. *(Deut. med. Wochensch.* 1887, Nr. 41). *H. K.*

Eichbaum (Lipsk): **Przypadek przewlekłego zatrucia siarką przez pomadę do włosów.** W lipcu 1886 przyszedł do E. chory skarżący się na zawroty głowy, mdłości, że robi mu się czarno przed oczyma, że zdaje mu się jakoby upadał naprzód, nadto na napięcie w karku po stronie prawéj i w barku po téj saméj stronie. Chory pochodzący z rodziny zdrowéj był dobrze zbudowany, liczył lat 37 nie mógł przez pokój sam przejść ani spokojnie stanąć, skóra na twarzy była blada, czoło pokryte potem, źrenice szerokie nie oddziaływały ani na bodźce mechaniczne ani na światło, język obłożony, nieznacznie drżący. Nie ma objawów porażennych. Stłumienie serca w granicach prawidłowych, tony serca czyste; płuca zdrowe, tętno 124 uderzeń na minutę; oddechów 16, ciepłota ciała niska, mięśnie na karku po prawéj stronie napięte, twarde, przy ruchach biernych głową napięcie się nieco zmniejsza. Kiły chory na pewne nie przechodził. Już po jednéj spokojnie przepędzonéj dobie czuł się chory lepiéj, tętno spadło na 96 uderzeń, źrenice jednak jeszcze rozszerzone, oddziaływają na światło leniwo, bóle głowy słabsze; teraz przyznał się chory, że już od kilku lat cierpi na ból głowy, a przypadkowo zdradził się, że używa już od 8 lat jakiejś pomady przeciw tworzeniu się łusek na głowie, składającéj się z waseliny 100,0, wosku 5·0, i siarki 10·0, olejku różanego.

Po usunięciu pomady przez cały rok chory do tego czasu ani jednego napadu nie miał. (*Berl. klin. Wochensch.*, 1887, Nr. 42).
H. K.

β. **Zatrucie jodem po podaniu wewnętrzném jodku potasu.** Pewien robotnik fabryczny został przyjęty do kliniki prof. Ziemssena w Monachijum z powodu morzyska ołowiowego. Podano mu jodek potasu (5:150) co 3 godz. łyżkę. Po wyżyciu zaledwie paru łyżek przepisanego leku dostał chory obrzmienia obu gruczołów przyusznych, warg, powiek i gruczołów limfatycznych oraz zapalenia gardła, przyczém skarżyć się zaczął na suchość w ustach i ból w czole, któremu towarzyszyła mierna gorączka; silny ból brzucha dotąd trwający ustąpił tymczasem zupełnie. Nie zauważono jednak wcale wyrzutów jodowych na skórze ani nieżytu jodowego. Natychmiast zaprzestano podawać jodek potasu a zarządzono letnie kąpiele, poczém objawy choroby jodowéj ustąpiły bez śladu. Że tu rzeczywiście miano do czynienia z zatruciem jodowém, najlepszy tego dowód, że przy ponowieniu się morzyska znów polecono choremu jodek potasu w mniejszych dawkach, które znów te same objawy, szczególniéj zapalne obrzmienie gruczołów przyusznych, choć w mniejszym stopniu wywołały. (*Deut. Medicinal Ztg.*).

β. **Obłęd po użyciu atropinu.** W przeciągu ostatniego roku zauważył T. Collins w londyńskiéj klinice okulistycznéj 3 przypadki obłędu u podeszłych osób po zapuszczeniu do oka atropinu w rozczynie 4grm. na uncyję (0·25 na 30gr.) 3 razy dziennie. 1) Pierwszy przypadek dotyczył 73-letniéj kobiety, która przyjętą została z powodu nieprzeźroczystéj błony, jaka pozostała w oku po usunięciu zaćmy. Po 2-dniowém używaniu atropinu w powyższy sposób dostała ona gwałtownego obłędu (bezustannie krzyczała, przyczém z łóżka wyskakiwała). 2) 60-letni Irlandczyk cierpiący na zapalenie tęczówki dostał po 3ch dniach zupełnie podobnego obłędu jak powyższa staruszka (ustawicznie widział koło siebie rozbójników itd.). 3) 84-letniemu mężczyźnie w celu usunięcia zaćmy wkroplono rozczyn atropinu; na trzeci dzień również wystąpił u niego obłęd 6 godzin trwający. Z dobrym skutkiem stosowano dla złagodzenia objawów obłędu u chorych chloroform.

Medycyna wewnętrzna.

Ze Zjazdu przyrodników i lekarzy niemieckich w Wiesbadenie.

Prof. Thoma (Dorpat): **O tętniakach tętnicy głównéj części jéj piersiowéj i związku ich z miażdżycą.**

Prof. T. przypuszcza dla części piersiowéj aorty dwa rodzaje powstawania tętniaków, a mianowicie: tętniaki z rozszerzenia ścian tętnicy powstałe i tętniaki powstałe z przerwania przynajmniéj warstwy wewnętrznéj i środkowéj.

Zdaniem T., zmiany, jakie się napotyka w ścianach tętniaków powstałych z rozdęcia, rozszerzania ścian, we wszystkiém zgadzają się ze zmianami, jakie się napotyka w sprawach miażdżycowych ścian tętnic. Warstwa środkowa całego tętniaka jest we wszystkich przypadkach ścieńczała, a przy wszystkich prawie większych tętniakach włóknisto zwyrodniała. Warstwa zaś zewnętrzna i wewnętrzna zastępczo zgrubiałe od bujającéj tkanki łącznéj. Tętniaki te w ogóle bywają niewielkie i dla tego trudno je na żywym chorym wykazać; występują w rozmaitéj postaci, albo jako *aneur. fusiforme simplex* lub *multiplex*, *aneur. diffusum*, *sacciforme*, *skenoideum*.

Tętniaki z rozdarcia, przerwania powstałe, napotyka się zwykle z rozstąpionemi brzegami rozerwanéj warstwy wewnętrznéj i środkowéj, ubytek zaś powstały bywa zastąpiony blizną wychodzącą z warstwy zewnętrznéj i sąsiednich tkanek, sterczy ona ku światłu naczyń i zastępuje warstwę wewnętrzną. Postać tych tętniaków jest rozmaita, albo workowata, pojedyncza, albo powstaje przez zlanie się kilku workowatych utworów. Wielkość ich może być rozmaita. Często może tego rodzaju tętniak powstać także z przerwania np. urazowego warstwy wewnętrznéj ściany tętniaka z rozszerzenia powstałego. Osobno znowu może się przerwać ściana cała tętniaka z przerwania powstałego, a wtedy nieuniknioną jest śmierć z zakrwawienia się.

Z tego wysnuwa prof. T. następujące wnioski:

Histologiczno patologiczne zmiany w ścianach tętniaków z rozszerzenia powstałych, zgadzają się we wszystkiém ze zmianami, jakie sprowadza sprawa miażdżycowa w ścianach naczyń.

Tętniak z rozszerzenia, rozdęcia powstały zawsze jest połączony z mniéj lub więcéj rozwiniętą miażdżycą tętnic. Rozległa miażdżyca daje się wtedy tylko mikroskopowo wykazać.

Tętniaki z przerwania powstałe z wyjątkiem tych, które z urazu lub zatoru powstały, tworzą się z tętniaków z rozszerzenia powstałych.

W dyskusyi nad tym przedmiotem wzięli udział pierwsi klinicyści niemieccy; zgodzili się oni prawie we wszystkiém z prof. T., przyczém prof. Biermer dodał jeszcze, że niekiedy tworzy się tętniak z przerwania u młodych ludzi, nadmiernie pracujących, u nasady aorty, w skutek przerwania błony wewnętrznéj, a u których miażdżycy wcale nie ma. (*Münchener med. Wochenschrift* 1887, Nr. 39). *H. K.*

Sticker (Kolonija): **O zależności wydzielania się soku żołądkowego od śliny.**

Do zbadania zależności wydzielania się soku żołądkowego od wydzielania się śliny dał S. powód następujący przypadek: Kobieta 62 lat licząca skarży się na nieznośną suchość w ustach, męczącą ją dniem i nocą, co chwila musi język i wargi zwilżać. Ponieważ cierpi na cukrówkę, trzyma się ściśle przepisanéj dyjety, a mimo to ma od niedawna suchość w ustach, uczucie gniecenia w żołądku po każdém jedzeniu, niekiedy kurcze jego, odbijanie, stolec zaparty, niekiedy rozwolnienia. Badanie wykazało, że w moczu ani śladu cukru nie ma. W ustroju całym nic nieprawidłowego nie znaleziono. Kwasy, sole potasowe, sól kuchenna, chinin nie skutkowały; treść żołądka metodą Riedla badana w 5 godzin po jedzeniu okazała się nieprawidłową, kawałki mięsa i chleba można było już gołém okiem w niéj widzieć, w przesączu oddziaływanie na skrobię bardzo wyraźne, na peptony słabe, cukier w bardzo małéj ilości obecny. Kwasota dość niska. Symptomatycznie przepisał choréj napar z liści jaborandy (z 3:150) trzy łyżki dziennie: w czwartym dniu chora niezmiernie zadowolona ze swego stanu, w 14 dni potém zupełnie czuje się dobrze, wydzielanie śliny prawidłowéj należyte. Przypady inne ustąpiły, cukru w moczu nie było mimo powrotu do mięszanéj dyjety, a treść żołądkowa znacznie mniéj okazała się nieprawidłową. Że pilokarpin nie działał w tym przypadku wprost na żołądek, nikt nie zaprzeczy, ale pewném jest, że poprawa nastąpiła w każdym kierunku jedynie pod wpływem przywróconego wydzielania się śliny. Przypadek ten skłonił S. do licznych badań w tym kierunku, kazał on niejednemu choremu raz wypluwać wszystką ślinę, drugi raz po jedzeniu ją połykać, za każdym razem trawienie było odmienne, po odjęciu śliny pogorszone, w treści żołądkowéj wydobytéj bardzo silne oddziaływanie na skrobię, zalegające kawałki mięsa, kwasota 0·125% po doprowadzeniu i połykaniu śliny oddziaływanie na skrobię niewyraźne, kwasota

0·25%, płytka białka jaja trawioną była już w 51 minutach. Na podstawie tych i innych wyników widzi się S. uprawnionym do wypowiedzenia zdania, że ślina ma wielki wpływ na wydzielanie się soku żołądkowego skutecznego, tak że brak jéj może sprowadzić zmniejszenie się ilości i jakości soku, a nawet może niewydzielanie się jego sprowadzić, że brak śliny wydzielającéj się przeszkadza nie tylko przemianie ciał skrobiowatych na inne, ale i ciał białkowatych. Do podobnego wniosku doszedł i Wright, który w rozprawie swojéj „O ślinie“ powiada, że ślina podnieca żołądek przez zetknięcie się z nim i pobudza go do żywszéj czynności. (*Sammlung klinischer Vorträge Volkmanna* 1887, Nr. 297). *H. K.*

β. **Kryształki dychawicowe (Asthmakrystalle).** Lekarz sztabowy Dr. Pfiehl w Hamburgu znajdował stale w plwocinach żołnierza F., który kilkakrotnie musiał być do szpitala przyjmowany dla nadzwyczaj gwałtownego nieżytu oskrzelowego ale bez śladów objawów dychawicy, kryształki Leydenowskie nadzwyczaj wyraźnie ukształcone. Obok tego zawsze znajdowała się w równym stósunku pewna ilość czerwonych ciałek krwi jużto uległych rozpadowi, jużtéż poskurczanych tylko, które skłaniają autora do przypuszczenia, że produkty rozkładowe tych składników krwi, a w szczególności białkany ich biorą udział w tworzeniu się powyższych kryształków. Schreiner wykazał, że kryształki te są połączeniami kwasu fosforowego z jakąś zasadą organiczną; i zarazem nieraz zauważył, że plwociny, które zawierały produkty pochodne tejże zasady, posiadały wyraźną woń nasienia ludzkiego. Otóż tężsamą cechującą woń znalazł autor w badanych przez siebie plwocinach powyższego żołnierza i ztąd można przypuścić, że w wydzielinie (wykrztuszonéj), która okazuje woń tego rodzaju, choćby pochodziła od osób dotkniętych różnemi chorobami płuc, znajdują się ciała pochodne zasady Schreinera, i że w pewnych okolicznościach mogą się także znaleźć t. zw. *Asthmakrystalle*. Przypadek niniejszy zresztą nie narusza wcale prawidła, że Leydenowskie kryształki cechują dychawicę, ale stanowi tylko wyjątek. Autor badał plwociny 855 chorych na płuca w przeciągu 5 lat w szpitalu garnizonowym, ale znajazl raz tylko, właśnie w powyższym przypadku, wzmiankowane kryształki, bez wykazania duszności. *(Deutsche Med. Ztg.)*

Harvey: **Przypadek choroby nerek w skutek użycia terpentyny.** Mężczyzna 56 lat liczący, dotknięty dychawicą oskrzelową, cierpiał od 14 dni zapalenie oskrzeli przewlekłe, przyczém wykrztuszał obfite, śluzowo ropne plwociny. Z tego powodu zażywał olejek terpentynowy i to co 4 godziny po 10 kropli na cukrze. Już w krótkim czasie chory czuł znaczne polepszenie, nie tylko bowiem zmniejszyła się duszność, ale i wykrztuszanie prawie w zupełności ustało. Ale już po trzech dniach zachorował na silne bóle w okolicy lewéj nerki, które się rozpromieniały ku miednicy sięgając aż do lewego uda, równocześnie wystąpiło moczenie krwawe. Natychmiast przerwano dalsze leczenie tym olejkiem, zastosowano ciepłe okłady na lewą okolicę nerkową i podano wewnętrznie makowiec. Przy tém leczeniu osiągnięto szybkie polepszenie i zupełne ustąpienie zboczenia nerek. Nie ulega żadnéj wątpliwości, że w tym przypadku terpentyna była przyczyną silnego nawału krwi do nerki lewéj, który wywołał wyżéj wymienione groźne objawy. Tak więc przypadek ten poucza, z jaką uwagą i oględnością powinien lekarz postępować przy podawaniu pewnych leków do wewnętrznego użycia. *(Brit. med. Journ.* 1887, Nr. 1361). *Dr. R. Spira.*

Choroby weneryczne.

E. Legrain: **Związek zachodzący między gonokokami a elementami cieczy rzeżączkowéj.**

Rozmaitość i sprzeczność zdań wypowiedzianych przez różnych badaczy co do stosunku gonokoków do części składowych cieczy rzeżączkowéj skłoniła autora do poszukiwań w tym kierunku, które doprowadziły do następujących wyników:

W samych początkach zakażenia pierwsze krople zawierają wśród ciałek wypocinowych wielką ilość komórek przybłonkowych, które przepełnione są gonokokami, podczas gdy ilość mikrobów w ciałkach ropnych zawartych jest bardzo nieznaczną. Koło drugiego dnia po ukazaniu się rzeżączki można stwierdzić, że ilość komórek przybłonkowych maleje, a ilość ciałek ropnych, zawierających gonokoki, wzrastać poczyna, przyczém autor zauważył, że wśród grupy ciałek niezajętych przez mikroby zawsze się znajdowało kilka zawierających gonokoki w niejednostajnéj ilości i ułożonych obok siebie; ilość zawartych w każdém ciałku gonokoków wskazywała, że one zostały zakażone nie jednocześnie, gdyż w jedném naprzykład zawierało się 12, w sąsiedniém 23, w trzeciém 80 itd., z czego autor wnosi, że ciałka lub komórki zarażają się *per contagium*. Zmiana nagła, jaką w składzie swym okazuje wydzielina, dowodzi szybkości przechodzenia gonokoków w głąb błony śluzowéj.

W cieczy saméj mikroby znajdują się tylko tak długo, ile potrzebują czasu, aby przejść z jednéj komórki do drugiéj, zresztą w niéj się nie rozwijają i nie mnożą, jeżeli bowiem L. ciecz żołądkową badał pod mikroskopem ostrożnie, bez uszkodzeń ciałek ropnych, to znajdował nadzwyczaj mało wolno pływających w niéj gonokoków. Co się tyczy samych ciałek ropnych, to one ulegają pewnemu zwyrodnieniu, przyczém jądra ich obrzmiewają a w pierwoszczu powstaje mnóstwo wakuoli.

W rzeżączce chronicznéj stosunki są odmienne. Przedewszystkiém w wydzielinie mało jest ciałek ropnych, a mikroby znajdują się w przeważnéj liczbie w komórkach przybłonkowych. Ile razy rzeżączka chroniczna przybierała na nowo cechy ostréj, np. przez używanie napojów wyskokowych, ciecz stawała się do ropy podobną i zawierała wiele ciałek ropnych, lecz L. nie widział w tychże gonokoków; natomiast wszystkie gonokoki znajdowały się w komórkach przybłonkowych; na podstawie tego autor wnosi, że zapalenie, które w przebiegu rzeżączki chronicznéj usadowiło się na powierzchni, już głębiéj nie postępuje. Twierdzenie Jamina, jakoby istniało kilka rodzajów gonokoków różnych od siebie kształtem i wielkością, zbija autor tłumacząc tę różnicę wielkości niejednostajném działaniem barwików. Aby tego uniknąć, barwił L. roztworem wyskokowym fuksyny, która ma działać szybko i jednostajnie bez względu na to, czy mikrob znajduje się w cieczy lub w ciałku ropném i oznaczył średnicę mikroba na 0·0005mm. (0·5μ). Naokoło każdego mikroba w ciałkach lub komórkach znajduje autor obwódkę przeźroczystą, bezbarwną, podobnie jak u pneumokoków, którą uważa jako skutek zmiany w protoplasmie przez pasorzyt spotrzebowanéj.

Wreszcie tłumaczy autor znikanie gonokoków przy ustępowaniu choroby przypuszczeniem, że generacyje mikrobów stają się coraz słabsze przez to, że znajdują grunt, na którym się rozwijają coraz gorszy, coraz bardziéj wycieńczony przez generacyje poprzedzające. (*Archives de Physiologie normale et pathologique*, 1887, Nr. 6, str. 233—248). *A. B.*

Reinhard (Hala): **O leczeniu kiły za pomocą wstrzykiwań kalomelu według Neissera.**

Wiadomo, że niedawno prof. Neisser zrehabilitował dawniéj porzucony kalomel, jako bardzo się nadający do leczenia kiły w postaci podskórnych wstrzykiwań. Tém prędzéj mu się to udało, gdy wykazał, że jedynie niewiadomość

nasza, w jakim płynie mamy kalomel wstrzykiwać, jest powodem nieprzyjemnych powikłań (ropnie i bóle w okolicy wstrzyknięcia); przekonał się bowiem w szeregu swoich doświadczeń, że nawet gliceryna użyta jako nosidło kalomelu nie jest dla tkanek obojętnym płynem; to skłoniło go do użycia ku temu celowi rozczynu soli kuchennéj. Sól okazała się jednak także nie całkiem niewinną, miał bowiem po niéj 6·2% ropni. Brak mikroorganizmów w ropie wypuszczonéj słusznie kazał mu przypisywać winę ich powstawania niedostatecznéj technice. Niezadowolony ze soli kuchennéj, zwrócił się do oliwy jako nosidła zawiesinowego (*Suspensionsvehikel*), przyczém nie wstrzykiwał już leku pod skórę lecz robił wstrzykiwania głębokie w okolicy mięśni pośladkowych. Ponieważ wyniki Neissera były świetne, zaczął także R. po ogłoszeniu tychże przez samego Neissera i Hartunga wstrzykiwać swoim chorym kalomel w oliwie. Wyniki, jakie otrzymał, każą mu taki sam o téj metodzie wydać sąd, jaki już wymienieni syfilidologowie wydali; R. leczył wstrzykiwaniami z kalomelu w oliwie, głęboko w okolicy mięśni pośladkowych robionemi, 30 chorych; wszyscy razem dostali 104 wstrzykiwań; dwudziestu jeden z nich było dotkniętych zwykłemi postaciami kiły wtórorzędnéj, obrzękami gruczołów, wysypką plamistą lub guzkową, liszajcem głowy (*impetigo*), wypadaniem włosów, *plaques muqueuses*, kłykcinami sączącemi, łuszczycą dłoniową itp., dostali oni 85 wstrzykiwań, reszta dziewięciu dostawała wstrzykiwania jako leczenie następowe; ci ostatni dostawali co 4 tygodnie 0·1 kalomelu podskórnie, pierwsi co tydzień raz lub z początku po dwa wstrzykiwania a późniéj tylko po jedném z rozczynu 1·0 kalomelu *vap. parat.* na 10·0 *Ol. oliv.* Wyniki były niespodziewane. W niektórych przypadkach zmiany już w drugim tygodniu, a więc po jednorazowém wstrzyknięciu, ustępowały, a z niemi i przygnębienie umysłu. Najczęściéj już po czwartém wstrzyknięciu zmiany znikały zupełnie. Dla chorych więc i dla lekarzy specyjalistów jest ten sposób leczenia bardzo wygodny, bo w godzinie ordynacyjnéj bardzo wiele wstrzykiwań robić można. Z 104 wstrzykiwań raz tylko utworzył się ropień prawdziwy, cztery razy zaś zropienie samego tylko przewodu ukłucia, wydostało się z niego zaledwo parę kropel ropy; mimo to wstrzykiwania daléj robiono. Po 37 wstrzykiwaniach za to skarżyli się chorzy na bóle, a więc 35·4%, nie były one jednak tak znaczne, aby w zwykłém zajęciu chorym przeszkadzały. Siedmiu zaledwie chorych dostało zapalenia dziąseł rtęciowego, z przebiegiem bardzo łagodnym. Dla usunięcia bólów wystarczył spokój i zimne okłady; zaleca też R. w końcu wszystkim kalomel, dodając jeszcze opis, jak wstrzykiwania robić należy, chcąc dobre wyniki osiągnąć. Okolicę odnośną zmywa się najpierw eterem a potém mydłem i wodą karbolową, wbija się szybko i głęboko strzykawkę napełnioną czystą oliwą, poczém wstrzykuje się świeżo naciągnięta strzykawka zawiesiną kalomelową przez tkwiącą w skórze igłę a na to jeszcze znowu trochę oliwy czystéj, aby kalomel do przewodu ukłucia cofnąć się nie mógł. W ten sposób postępując nie otrzymuje się ani ropnia ani zropienia przewodu ukłucia. Po wyjęciu igły zalepia się otworek rozczynem jodoformu z kolodyjum. Chorym kazał się R. dobrze odżywiać, nie pić dużo napojów wyskokowych a nadto dla szybszéj przemiany kalomelu w sublimat kazał im codziennie brać łyżeczkę soli kuchennéj. Jeśli po używaniu soli występowała biegunka, zakazał jéj używać. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 41).

H. K.

Medycyna sądowa.

Prof. E. Hofmann: **Lehrbuch der gerichtl. Medicin.** IV Auflage. Wien u. Leipzig, Urban u. Schwarzenberg, 1887.

Byłoby rzeczą zbyteczną rozwodzić się nad znaczeniem i wartością dzieła, które w ciągu lat kilku doczekało się czterech wydań, pomijając już tłumaczenia na inne języki, jak np. na francuski. Fakt ten jest aż nadto wymownym. Poprzestajemy dla tego tylko na porównaniu wydania niniejszego z poprzedniém. Jest ono istotnie „pomnożone i poprawione“; objętość jego znów wzrosła (z 976 stronnic do 1018), a ryciny oryginalne, ozdabiające dzieło, są liczniejsze aniżeli w poprzedniém (o 18). Wielka to zasługa autora, że idzie krok w krok za postępem nauki, zwracając uwagę swoją na wszystkie prace, które pojawiły się od czasu ogłoszenia ostatniego wydania, a które odnoszą się wprost do medycyny sądowéj lub przynajmniéj pośrednio z nią mają jakiś związek. Ztąd téż każdorazowe wydanie jest wiernem odzwierciedleniem stanu i postępu nauki aż do chwili, w któréj druk książki się rozpoczyna, a literatura wszędzie podaną jest wiernie, bo zaczerpnięta z pierwszéj ręki, bo téż autor pomimo wybitnego stanowiska, które zajmuje, a raczéj właśnie z powodu swego stanowiska, gdyż *noblesse oblige*, nie gardzi zapoznawaniem się z pracami, które przytacza. Znaczny materyjał, którym autor rozporządza w Wiedniu, a który potrafił zjednoczyć w ręku swoim, samodzielne doświadczenia, które robić ma sposobność, nadzwyczajne zamiłowanie nauki, którą tak świetnie reprezentuje, złożyły się na to, że dzieło jego prześcignęło wszystkie dawniejsze podręczniki, i w tym lub owym języku znajduje się w rękach lekarzy sądowych z téj i tamtéj strony Oceanu, i zapewne przez czas długi trzymać będzie prym pomiędzy podręcznikami. Wielce przyczyniają się do tego często po sobie idące wydania nowe, które, pomimo szybkiego w naszych czasach postępu nauki, nie dopuszczają, aby wyborne to dzieło uległo przestarzeniu!

Prof. Blumenstok.

Lenhartz, Marchand: **Przyczynek do nauki o otruciu chloranem potasowym.**

Szybko ogłasza się obecnie spostrzeżenia ważne, a niemniéj szybko podąża za ogłoszeniem — sprostowanie lub zaprzeczenie. Docent lipski Dr. L. prostuje wnioski, do których doszedł Bokai w ślad za Stokvisem, a o których zdaliśmy sprawę w Nrze ostatnim Przeglądu Lek. Robił on doświadczenia na psach i za pomocą chloranu sodowego i dowodzi, że methemoglobina tworzy się u zwierząt zatrutych chloranami już za życia i że w obec braku wszelkich innych zboczeń tę ciężką zmianę krwi uważać należy za przyczynę śmierci, — a więc dochodzi do wniosku wręcz przeciwnego, jak Bokai. Spostrzegłszy już dawniéj, że u zwierzęcia zatrutego już na godzinę przed jego śmiercią we krwi odjętéj wykazać można methemoglobinę, szukał za pomocą przyrządu widmowego w krążącéj w uchu krwi psa otrutego smugi na polu czerwoném i widział ją i demonstrował, jakkolwiek rzeczywiście w uchu królika, podobnie jak Bokai, odnaleźć jéj nie mógł. Szczegóły bliższe poda w rozprawie wkrótce ogłosić się mającéj. (*D. med. Woch.*, 1887, Nr. 43)

W następnym numerze tego samego dziennika Marchand powstaje znów przeciw Bokaiowi i Lenhartzowi; przeciw pierwszemu dla tego, że w pracy swéj pierwszéj z r. 1879 podał wyraźnie, że robił doświadczenia na psach a w skutek zarzutów Stokvisa powtórzył swe doświadczenia i na kotach i doszedł do wniosku, że u zwierząt mięsożernych pod wpływem chloranów tworzy się methemoglobina za życia,

podczas gdy u roślinożernych (królika, świnki morskiéj) w rzeczy saméj przeobrażenia barwika krwi za życia wykazać nie można. Pracę tę późniejszą i rozleglejszą ogłosił M. w *Archiv f. exper. Pathol. u. Pharmak.*, t. XXII i XXIII. Lenhartzowi zarzuca, że niepotrzebnie przeprowadza dowód, iż u psów methemoglobinę za życia wykazać można za pomocą badania spektralnego, bo o wiele łatwiéj już wolném okiem rozpoznać można charakterystyczne zabarwienie krwi krążącéj w naczyniach. Natomiast wypadałoby jeszcze wytłumaczyć, dla czego krew inaczéj się zachowuje u mięsożernych a roślinożernych.

Sądzimy, że w sprawie téj powstało niepotrzebne pomieszanie, pochodzące zapewne tylko z mnogości czasopism lekarskich, dla któréj nie podobna prawie znać każdemu wszystko, co ogłoszoném zostaje, a następstwem takiego przeoczenia jest, że opracowuje się nieraz kwestyję już przez innego opracowaną i że ostatecznie wywołuje się tylko sprzeczki i zamęt. *L. B.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 19 października 1887 roku.

Przewodniczący doc. Pieniążek. Obecnych członków 25.

Kol. Obaliński opowiedział przypadek dotyczący kobiety 30-kilkoletniéj cierpiącéj od lat kilku na chroniczne zaparcie żywota, u któréj w początkach sierpnia b. r. przystąpić musiał do laparotomii z powodu wzmożenia się owych przypadów, w przypuszczeniu zwężenia jelita. Po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono guz w okolicy kątnicy (przemieszczonéj na środek i nieco ku stronie lewéj) wielkości dwóch pięści o powierzchni nierównéj guzowatéj twardy z tylną ścianą zrośnięty i z licznemi do około powiększonemi gruczołami. Jelita cze i biodrowe znacznie rozdęte. W przeświadczeniu, że ma przed sobą niewątpliwie guz rakowaty i to niekwalifikujący się do wycięcia, założył kol. O sztuczną odbytnicę wszywając część jelita biodrowego na 15 cm. powyżéj guza położonego w ranę brzuszną. Po licznych wypróżnieniach ową sztuczną drogą zaczęły się pojawiać stolce i naturalną, a z końcem 4go tygodnia zarosła się zupełnie sztuczna odbytnica, przyczém skonstatowano, że ów duży guz w jamie brzusznéj prawie zupełnie znikł, tak iż nie bez słuszności o rakowatéj budowie owego guza powątpiewać, a tylko złudne ukształtowanie się wytworów chronicznego zapalenia kątnicy podejrzywać zaczęto. Obecny stan choréj jest dobry, stolce regularne, niebolesne i tylko drogą prawidłową.

W dyskusyi zwrócił uwagę kol. Rosner, że czasem nagromadzenie kału może dać powód do pomięszania z guzem nowotworowym, że jednak pomyłkę taką wykluczyć musi tam, gdzie chirurg otwarłszy jamę brzuszną dokładnie o stanie rzeczy mógł się przekonać. Kol. Trzebicky wspomina przypadek, gdzie z powodu raka odbytnicy musiał zrobić *anus praeternaturalis*, a po pewnym czasie stolce znów naturalną drogą odchodzić zaczęły. Kol. Korczyński podnosi, że lekarz czując guz w jamie brzusznéj jest uprawniony uważać go za guz nowotworowy, gdyż po największéj części tego rodzaju guzy tam się pojawiają, że jednak świadom być winien możności pomyłki, która choć rzadko trafić się może. Na poparcie przytacza liczne przykłady, zwłaszcza guzów w okolicy odźwiernika, gdzie bądźto uzasadnione rozpoznanie raka nie potwierdziło się, bądźteż gdzie na zasadzie poprzedniego doświadczenia mimo cech raka potrafił w rozpoznaniu pomyłki uniknąć. Kol. Rydygier podnosi, że Lauenstein zwrócił już uwagę, że zdarzają się guzy na tle zapalném powstałe, które za nowotworowe uchodzą i zgadza się, że guz kol. Obalińskiego zapalnéj musiał być natury. Z powodu słabości sekretarza

Dr. Pieniążek.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Ze Zjazdu higijeniczno-demograficznego międzynar. we Wiedniu.

Ullmann (Wiedeń): **Przyczynek do ocenienia wartości szczepienia ochronnego człowieka metodą Pasteura.**

Począwszy od czerwca 1886 r. szczepił U. w klinice prof. Alberta 122 osób pierwotną metodą Pasteura przeciw wściekliźnie, tj. raz na dzień codziennie przez 10 dni. Szczepił on jedynie te osoby, które się mogły należycie wykazać świadectwami, że ukąszone zostały przez psy wściekłe. Z 122 szczepionych umarło 3, t. j. 2·4%. Między tymi 122 szczepionymi było 30 takich, u których doświadczalnie wykazano, że psy były wściekłe, albo że inne osoby przez te same psy ukąszone a nieszczepione na wściekliznę umarły; 32 było takich, u których weterynarze orzekli, że psy były chore i zginęły na wściekliznę, przez sekcyję stwierdzoną, u 46 weterynarze nie widzieli psa za życia jego, tylko sekcyją wściekliznę stwierdzili, 14 znowu było przypadków, w których nawet sekcyja nie mogła na pewne rozstrzygnąć, czy zwierzę zginęło na wściekliznę, a o nią tylko podejrzywać można było. Wszystkie trzy przypadki śmierci należą do grupy przedostatniéj. Wiadomo, że Pasteur uważa za najzłośliwsze rany kąsane na głowie lub twarzy; U. miał takich szczepionych 14, z tych dwóch umarło, trzeci należał do grupy najczęstszych ukąszeń, t. j. ramienia; takich było 72. Ukąszonych przez odzież było 21, z tych żaden nie umarł, reszta 101 była ukąszoną w nagie ciało, do nich należą wszystkie trzy przypadki śmierci mimo szczepienia. Dość przychylnie wyraża się Pasteur o przyżeganiu wczesném rany zadanéj przez wściekłego psa. U. chcąc osobiście przekonać się o skuteczności tego postępowania, wstrzykiwał zwierzętom podskórnie jad wścieklizny i w różnych odstępach czasu przyżegał ranę kamieniem piekielnym lub kwasem azotowym dymiącym. Wszystkie zwierzęta w ten sposób badane zginęły na wściekliznę, którą u nich wykazano przez przeszczepienie aż do czwartego i piątego pokolenia. Tylko dwa zwierzęta, u których ranę natychmiast przypalił sposobem Paquelina, zostały przy życiu. U 104 szczepionych upłynęło już 6 miesięcy od ostatniego szczepienia, okres więc wylęgania się jadu już minął, a objawów wścieklizny nie ma; z nieszczepionych poumierali niektórzy już w 10 tygodni po ukąszeniu. U. oświadcza się na podstawie takich wyników stanowczo za Pasteurowską metodą ochronnego szczepienia wścieklizny. (*Wien. med. Blätter* 1887 Nr. 40). *H. K.*

* Na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Bernie morawskiém d. 24 października odbytém referent sanitarny Dr. Schöffl zdał sprawę z obecnego stanu organizacyi służby zdrowia na Morawie. Kraj cały podzielony jest na 400 gmin i dystryktów sanitarnych, z których tylko 11 jeszcze nie jest obsadzonych; 389 lekarzy gminnych pobiera rocznie sumę 166,300 zła. (średnio więc wypada na jednego 427½ zła.). Skutki zbawienne nowéj instytucyi są aż nadto widoczne; epidemije zmniejszają się wszędzie, zatajania chorób zaraźliwych, skarg o brak pomocy lekarskiéj itd. coraz mniéj. Ale jest i odwrotna strona medalu. Cała instytucyja stanie się iluzoryjną, jeżeli się zawczasu nie zaradzi brakowi lekarzy, coraz bardziéj na prowincyi czuć się dającemu. Z 320 posad dystryktowych *203* obsadzone są chirurgami a tylko 117 doktorami medycyny. W ostatniém dziesięcioleciu atoli liczba chirurgów zmniejszyła się o 113, a przybyło tylko 58 doktorów medycyny, a więc liczba lekarzy zmniejszyła się o $\frac{1}{6}$; chirurgów nie przybywa więcéj, a z doktorów mało kto decyduje się osiąść na wsi i ztąd też pochodzi,

że obecnie po kilkakroć rozpisuje się konkursy na posady wiejskie bez skutku, pomimo podwyższenia płacy. Temu brakowi nie zaradzi większa frekwencyja na wydziałach lekarskich, bo młodzi lekarze zawsze garną się do miast. Wykładający nie umie też podać wniosków dodatnich.

Wykład ten byłby bardzo pouczający dla tych, którzy cyframi dowodzą braku lekarzy u nas, a nie liczą się ze stosunkami ludności z jednéj, a lekarzy z drugiéj strony.

○ Pojawiła się broszurka pod tyt.: Sprawa wodociągowa krakowska jako odbitka szeregu artykułów pomieszczonych w *Czasie*. Autor dobrze obeznany ze sprawą zakładania wodociągów i z ich znaczeniem oraz ze stanem dzisiejszym sprawy wodociągów krakowskich przedstawił sprawę jasno, wszechstronnie i dostępnie dla szerszéj publiczności w formie odpowiedzi na 5 pytań: 1) Co to jest dobra woda: ile jéj dla Krakowa potrzeba i jaka jest obecnie woda krakowska? 2) Jakie ma znaczenie zaopatrzenie Krakowa w dobrą i obfitą wodę? 3) Zkąd wziąć potrzebnéj dla Krakowa wody? 4) Czy Kraków jest w stanie już teraz zapewnić sobie dopływ porządnéj wody? 5) Jaki jest obecnie stan robót przygotowawczych do wodociągów?

Nie będziemy tu wchodzili w szczegółowy rozbiór tych odpowiedzi, które autor wszędzie uzasadnia wymownemi cyframi, opiera na naukowych podstawach a stwierdza doświadczeniami z miast innych zaczerpniętemi; pospieszamy tylko zwrócić na tę broszurkę uwagę wszystkich, którym dobro miasta naszego leży na sercu lub od których ono zależy; nie wątpimy, że po przeczytaniu jéj zniknie wiele uprzedzeń do téj ze stanowiska sanitarnego pilnéj u nas sprawy a wiele mylnych zapatrywań rozjaśnionych zostanie, nawet co do finansowéj zdolności naszego miasta podjęcia już teraz sprawy podobnéj doniosłości. Sądzimy, że po takiém przedstawieniu rzeczy, za które się autorowi wdzięczność należy, a które wśród mieszkańców naszego miasta, jak nam wiadomo, wzbudziło zainteresowanie się sprawą, rychło już ta sprawa z okresu przygotowań zejdzie na tory wykonania i nie trafi jéj zarzut, jak się to niedawno stało, iż jest jeszcze do rozstrzygnięcia nie dojrzałą.

○ Bertillon ogłasza ciekawy przyczynek do stosunkowéj częstości niektórych chorób zakaźnych w różnych krajach europejskich. Według jego dochodzeń: 1) Dur jest częstszym we Francyi niż w Anglii, Holandyi, Szwajcaryi, Niemczech i w Ameryce; 2) Ospa rzadko się wydarza w Niemczech, Anglii, Skandynawii, Ameryce, we wszystkich krajach, gdzie zaprowadzono przymus szczepienia; częstą jest za to w krajach monarchii austryjacko-węgierskiéj, w Rosyi, we Włoszech, Hiszpanii i Francyi (ciężka epidemija ospy w Marsylii); 3) Płonica jest rzadszą we Francyi niż w Anglii i Ameryce, częstą w Niemczech i miastach nad morzem północném; 4) Koklusz częściéj się przydarza w miastach angielskich niż w francuskich; 5) Błonica występuje łagodniéj w Anglii niż w Niemczech i we Francyi, gdzie Marsylija najciężéj błonicą dotkniętą została. (*Rev. d'hyg. et de pol. sanit.*),

○ Kreolin nowy środek desinfekcyjny. Firma Wiliam Pearson i Sp. w Hamburgu wprowadza w handel ten nowy środek, który jak karbol jest produktem smoły, przewyższa atoli karbol skutecznością i licznemi przymiotami, a mianowicie iż jest bezwzględnie nietrującym, nieżrącym i niewalającym, a nadto rozpuszcza się w wszelkiéj ilości rychło i łatwo w wodzie i w wyskoku. Czynione próby z kreolinem wykazały powyższe jego przymioty, które wraz z taniością zjednają mu zapewne wkrótce szerokie zastosowanie jako środkowi przeciwgnilnemu w chorobach, środkowi odwietrzającemu i czyszczącemu powietrze po domach i stajniach, wychodkach itd., jako środkowi przeciwpasorzytnemu w chorobach pasorzytniczych zwierząt i ludzi jako wreszcie środkowi do napajania drzewa budowlanego i przeciw grzybowi drzewnemu. Znaczna rozpuszczalność i o wiele przyjemniejsza woń kreolinu niż karbolu, chloru itd. stanowią wielkie zalety tego nowego środka. (*Gesundheit*, 1887, Nr. 19).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 listopada. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. Lek. po załatwieniu spraw administracyjnych prof. Rydygier przedstawił pod mikroskopem i w hodowlach okazy różnych grzybków chorobotwórczych, a następnie prof. Adamkiewicz preparat anatomiczny podstawy czaszki z choréj dotkniętéj porażeniem w skutek nowotworu rakowatego usadowionego na dnie czaszki, a którą za życia na jedném z poprzednich posiedzeń przedstawił.

Dziś rozpoczynają się egzamina fizykackie pod przewodnictwem protomedyka Biesiadeckiego. Do egzaminu zgłosiło się w tym terminie 3 kandydatów.

* W Obertynie opróżnioną jest posada lekarza. Bliższe szczegóły udzieli zgłaszającym się prof. Dr. Korczyński.

* Z *Przeglądu Weterynarskiego* dowiadujemy się, że w roku bieżącym zapisało się do lwowskiéj szkoły weterynaryi 10 Bułgarów, z których 8 jest stypendystów, kształcących się kosztem Rządu bułgarskiego, dwóch zaś utrzymuje się z własnych funduszów. Studenci bułgarscy doznali w szkole życzliwego przyjęcia tak ze strony profesorów jak uczniów.

* U Bergmanna w Wiesbadenie wyszło dziełko p. t.: *Meine Erlebnisse. Von Ferdinand Arlt.* Jestto autobijografija, napisana w ostatnim roku życia w skutek zachęty prof. Beckera. Dziełko to ozdabiają 2 fotogramy zmarłego i podobizna listu jego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** W skutek przejścia w stan spoczynku prof. Wagnera rozpisano konkurs na posadę profesora kliniki lekarskiéj. Jako kandydatów wymieniają: proff. Purjesza i Bokaia, z Klausenburga, proff. Kétlego, Müllera, Stillera i Högyesa z Pesztu. — **Kiel.** Katedrę anatomii opisowéj po Panschu otrzymał docent Dr. hrabia Spee. — **Santjago** z Chili. Asystent przy katedrze fizyjologii w Würzburgu Dr. Landwehr mianowany został profesorem fizyjologii i wyjechał już do Chili. — **Getynga.** Prof. Schwartz, dyrektor kliniki ginekologicznéj, przechodzi w stan spoczynku. — **Berlin.** Docenci prywatni i przełożeni oddziałów w zakładzie fizyjologicznym Drowie Gad i Kossel mianowani zostali profesorami nadzwyczajnymi. — Proff. Henoch i Westphal odzyskawszy zdrowie rozpoczęli znów wykłady swoje. — **Petersburg.** W zakładzie klinicznym W. X. Heleny Pawłówny potwierdzeni zostali: prof. Anrep jako profesor medycyny sądowéj i toksykologii a Drowie Nikitin i Tiling jako docenci laryngologii i chirurgii.

* **Nekrologija.** W Kijowie umarł profesor terapii szczegółowéj tajny radzca Dr. Mering (urodzony w r. 1822 w Dohna pod Dreznem, uzyskał w r. 1845 stopień doktora w Lipsku, w r. 1851 w Dorpacie, mianowany w r. 1854 nadzw. profesorem medycyny rządowéj a w r. 1858 zwyczajnym profesorem kliniki lekarskiéj).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 44: Drzewieckiego: Przyczynek do właściwego leczenia pierwotnych ostrych zap. opłucnéj za pomocą salicylanu sodu lub salolu; Rybickiego: Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 44: Wróblewskiego: Gruźlica gardzieli (c. d.); Zalewskiego: O wpływie pokarmu na skład i pożywność mleka kobiecego; Matlakowskiego: 25 przyp. otwarcia jamy otrzewnowéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych (c. d.); Drzewieckiego: O chlorku amonu jako środku do wdechań w cierpieniach dróg oddechowych. — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 10: Perkowskiego: Niemoc płciowa i jéj leczenie.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 45: Jakowskiego i Matlakowskiego: O twardzieli nosa; Matlakowskiego: 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnowéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych (c. d.); Wróblewskiego: Gruźlica gardzieli (c. d.); Zaleskiego: O wpływie pokarmu na skład i pożywność mleka kobiecego (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 45: Watraszewskiego: O podskórném stosowaniu nierozpuszczalnych związków rtęci przy leczeniu przymiotu; Drzewieckiego: Przyczynek do właściwego leczenia pierwotnych ostrych zap. opłucnéj za pomocą salicylanu sodu lub salolu (c. d.); Rybickiego: Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. MASSELON: L'ophthalmoscope Helmholtz-Wecker, Gand 1887 in 8vo str. 13.

Joseph ATLASS: Ueber Senegin Dorpat 1881 in 8vo str. 80.

H. PAUDER: Beiträge zur Chromwirkung, Dorpat 1887 in 8vo str. 85.

G. WILENZ: Farmakologo-eksperim. izsliedowania salolow, naftola i o oksinftowoi kisloty. Petersburg 1887 in 8vo str. 101.

Dwie pierwsze rozprawy są to dysertacyje na stopień doktora medycyny, trzecia na stopień magistra weterynaryi; we wszystkich trzech jednym z oponentów był rodak nasz Docent St. Szcz. Zaleski.

Dziewiąte sprawozdanie roczne zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu za rok 1886, skreślił Dr. Bolesław WICHERKIEWICZ, Poznań 1887, in 8vo str. 44.

Dr. BIERNACKI: O własności środków przeciwfermentacyjnych wzmagania i wstrzymywania fermentacyi wyskokowej. (Z pracowni prof. Tumasa) (Odbitka z Pamiętnika lek.) Warszawa 1887, in 8vo str. 54.

Dr. R. TRZEBICKY: O gastroenterostomii (Odbitka z *Medycyny*) Warszawa, 1887 in 8vo str. 13).

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie w poniedziałek dnia 14 listopada b. r. w sali Akademii Umiejętności o godzinie 5éj popołudniu posiedzenie, na którém nastąpi wybór prezesa.

Sz. Członkowie Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego chcący obejrzeć miejski zakład desinfekcyjny w Krakowie raczą przybyć w dniu 12 listopada b. r. t. j. w sobotę o 11éj przed południem do realności miejskiéj na Dajworze.

Zakład desinfekcyjny znajduje się nad samym brzegiem Wisły w prostém przedłużeniu ulicy Starowiślnéj a można do niego dojechać także koleją konną, wysiadając przy moście Podgórskim, zkąd już bardzo blisko do Dajworu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.